

Opinnäytetyö (AMK)

Fysioterapian koulutusohjelma

2014

Riikka Heinonen, Anna Mäkinen ja Elina Mäki-Tulokas

”KYL MÄÄ HYVIN PÄRJÄÄN”

– Raisiolaisten sotaveteraanien fyysisen toimintakyvyn sekä subjektiivisten kokemusten kartoitus Hulvelan Helmen veteraanipalveluista



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Fysioterapian koulutusohjelma

Lokakuu 2014 | Sivumäärä 53 + 10 liitettä

Ohjaaja: Hannele Lampo

Riikka Heinonen, Anna Mäkinen & Elina Mäki-Tulokas

”KYL MÄÄ HYVIN PÄRJÄÄN”

Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada tietoa raisiolaisten sotaveteraanien palveluiden kehittämistyötä varten. Opinnäytetyön määrällisessä osiossa tavoitteena oli kartoittaa kotona asuvien hoito- ja hoivapalveluiden piiriin kuulumattomien sotaveteraanien fyysistä toimintakykyä ja laadullisessa selvittää haastattelulla subjektiivisia kokemuksia toimintakyvystä sekä mielipiteitä Hulvelan Helmen veteraanipalveluista. Opinnäytetyön tuloksia on tarkoitus hyödyntää jatkossa Hulvelan Helmen veteraanipalveluiden kehittämistyössä.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin kutsumalla kotona asuvat raisiolaiset sotaveteraanit kirjeitse Hulvelan Helmeen testaustilaisuuteen. Kutsu lähetettiin 50 sotaveteraanille ja tilaisuuteen heistä saapui 28 henkilöä, jolloin vastausprosentti oli 56 %. Tutkimukseen osallistuneiden keski-ikä oli 89 vuotta. ADL-toiminnoissa selviytymistä kartoitettiin Barthel-indeksillä ja IADL-arviointiasteikolla. Kaatumishuolestuneisuutta selvitettiin FES-I-FIN-kyselyllä. Fyysistä toimintakykyä mitattiin SPPB-testistöllä sekä TUG-mittarilla. Laadullisessa osiossa mielipiteitä ja kokemuksia tiedusteltiin haastattelemalla.

Fyysisen toimintakyvyn testituloksista havaittiin osallistuneiden tasapainon sekä liikkumiskyvyn olevan testistön viitearvoihin perustuen hyvät. Eniten alenemaa viitearvoista havaittiin alaraajojen lihasvoimassa. Tulosten mukaan kaupassa käynti, ruuanlaitto sekä kodinhoito ovat toimintakyvyn osa-alueista niitä, joissa ensisijaisesti näkyi heikkenemistä. Toimintakyvyn alenemista havaittiin myös puhelimen käytössä sekä vastuussa omasta lääkityksestä. Haastatteluosuuden perusteella Hulvelan Helmen veteraanipalveluihin oltiin pääasiassa tyytyväisiä.

Vaikka tässä tutkimuksessa havaittiin tutkimusjoukon pärjäävän kotona, ei tuloksia voida yleistää koko ikäluokkaa koskeviksi. Resurssit toteuttaa tämä tutkimus kotikäynteinä, mahdollistaisi kenties kattavamman tutkimusjoukon. Olennaista on kuitenkin ymmärtää ja tiedostaa lisääntyvä palveluiden tarve ikääntymisen seurauksena ja pohtia kuinka siitä saataisiin paremmin toimiva kokonaisuus sotaveteraanien ja palveluorganisaatioiden välillä.

ASIASANAT:

fysioterapia, fyysisen toimintakyvyn arviointi, kotona pärjääminen, ikääntynyt, sotaveteraani

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Physiotherapy

October 2014 | 53 pages + 10 appendices

Instructor: Hannele Lampo

Riikka Heinonen, Anna Mäkinen & Elina Mäki-Tulokas

“I’M DOING JUST FINE”

The purpose of this thesis was to obtain information for developing the services provided for war veterans living in Raisio, Finland. In the quantitative section of the thesis, the aim was to study the physical functionality of war veterans living at home and not using care services. The objective of the qualitative section was to find out about personal experiences on functionality and opinions about the services provided for war veterans in Hulvelan Helmi service and information center. The results of this study may be used for developing the services for war veterans in Hulvelan Helmi.

To collect data for the study, veterans living in Raisio were invited to a testing session in Hulvelan Helmi. The invitation was sent by letter to 50 veterans, of which 28 attended the testing session. Thereby, the response rate was 56%. The average age of the participants was 89 years. Barthel-index and IADL-scale were used to survey how the participants coped in the activities of daily life. Participants' concern of falling was studied with FES-I-FIN-questionnaire. Physical functionality was measured with Short Physical Performance Battery and Timed Up and Go -test. In the qualitative section, the participants were interviewed in order to gather opinions and experiences.

The test results related to participants' physical functionality showed that participants' balance and mobility were good based on reference values of the test. The most significant anomaly was observed in lower body muscular strength. According to the results, the sections of participants' physical functionality in which there were signs of deterioration were primarily grocery shopping, cooking and housework, but also the use of telephone and the responsibility of one's own medication. According to the interview, services provided for veterans in Hulvelan Helmi were mainly satisfactory.

Even though this study shows that the participants were capable of living at home, the results cannot be generalized. If this study were carried out at participants' homes, the number of participants would possibly be more accurate. However, the most essential issue is to become conscious of the increasing need for services for aging veterans and to aspire for a better unity between war veterans and organizations providing for the services.

KEYWORDS:

Physiotherapy, assessment of physical functionality, ability to live at home, elderly, war veteran

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 IKÄÄNTYNEEN TOIMINTAKYKY JA SEN ARVIOINTI FYSIOTERAPIASSA ICF-LUOKITUKSEEN PERUSTUEN	8
2.1 Fysioterapia ikääntyneen ihmisen toimintakyvyn tukena	10
2.2 Päivittäiset toiminnot osallistumisen tason osa-alueena	11
2.3 Liikkumiskyky suorituksen tason osa-alueena	12
2.4 Tasapaino ja lihasvoima rakenteen tason osa-alueina	13
3 TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	15
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	16
4.1 Tutkimusjoukko	16
4.2 Määrälliset aineistonkeruumenetelmät	17
4.2.1 Barthel-indeksi	17
4.2.2 IADL-asteikko	18
4.2.3 Lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö	19
4.2.4 Timed up and go -testi	21
4.2.5 FES-I-FIN -kysely	22
4.3 Laadulliset aineistonkeruumenetelmät	23
4.4 Aineiston käsittely ja analysointi	23
5 TULOKSET	25
5.1 Tutkimuksen taustatiedot	25
5.2 Kotona pärjääminen ja päivittäiset toiminnot	26
5.3 Liikkumiskyky	28
5.4 Tasapaino ja kaatumishuolestuneisuus	31
5.5 Alaraajojen lihasvoima	32
5.6 SPPB osa-alueiden pistevertailu	33
5.7 Kokemuksia omasta toimintakyvystä	34
5.8 Kokemuksia ja kehittämisideoita Hulvelan Helmen veteraanipalveluista	35
6 JOHTOPÄÄTÖKSIÄ TULOKSISTA	37
6.1 Lisää lihasvoimaa alaraajoihin	37
6.2 Riittävä kävelynopeus itsenäisen liikkumisen edellytyksenä	38
6.3 Tasapainotaidoista varmuutta liikkumiseen	40

6.4 Kehitysideoita veteraanipalveluihin	40
---	----

7 POHDINTA **42**

7.1 Opinnäytetyöprosessi	42
7.2 Aineistonkeruumenetelmät	44
7.3 Eettiset ratkaisut	47
7.4 Kehitysehdotukset ja opinnäytetyön merkitys fysioterapialle	48

LÄHTEET **50**

LIITTEET

- Liite 1. Tietoinen suostumus testaukseen.
- Liite 2. Barthel-indeksi.
- Liite 3. IADL-asteikko.
- Liite 4. Lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö.
- Liite 5. Timed up and go –testi.
- Liite 6. FES-I-FIN-kysely.
- Liite 7. Haastattelulomake.
- Liite 8. Tietoinen suostumus haastatteluun.
- Liite 9. Kutsukirje.
- Liite 10. Esitiedot.

KUVIOT

Kuvio 1. ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus 2004, 18).	10
Kuvio 2. Barthel-indeksin tulokset.	26
Kuvio 3. IADL-asteikon tulokset.	27
Kuvio 4. Lyhyen fyysisen suorituskykytestistön kävelynopeustestin tulosten tilastollisia tunnuslukuja.	28
Kuvio 5. Lyhyen fyysisen suorituskykytestistön kävelynopeustestin suoritusajat ja pisteluokitukset.	29
Kuvio 6. TUG-kävelytestin tulosten tilastollisia tunnuslukuja.	29
Kuvio 7. Lyhyen fyysisen suorituskykytestistön kävelytestin ja Timed up and go -testin korrelaatio.	30
Kuvio 8. Lyhyen fyysisen suorituskyvyn testistön tasapainotestin pistemäärät ja pisteluokitukset.	31
Kuvio 9. Lyhyen fyysisen suorituskykytestistön tuolilta ylösnousu -testin pistemäärät ja pisteluokitukset.	32
Kuvio 10. Lyhyen fyysisen suorituskyvyn testistön yhteispistemäärät ja pisteluokitukset.	33
Kuvio 11. Lyhyen fyysisen suorituskyvyn testistön eri osien yhteispistemäärien vertailu.	38
Kuvio 12. Kävelynopeuden tulokset suhteutettuna toiminnallisiin raja-arvoihin.	39

1 JOHDANTO

Ikäihmisten määrä väestössä nousee huomattavasti lähitulevaisuudessa. Yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä oli vuonna 2012 18 prosenttia ja vuoteen 2030 mennessä luvun ennustetaan nousevan 26 prosenttiin ja vuoteen 2060 mennessä 28 prosenttiin. (Tilastokeskus 2014.) Ikääntyvien määrän kasvaessa myös kotona pärjäämisen tarve tulee entistä merkittävämmäksi, mikäli palvelutalojen ja laitoksien paikkojen määrät eivät lisäänty ikääntyvän väestömäärän mukana.

Opinnäytetyön toimeksiantajana oli Hulvelan Helmi, joka on osa Raision kaupungin ylläpitämää Hulvelan palvelukeskusta. Palvelukeskukseen kuuluvia palveluita ovat neuvonta- ja palveluohjauspiste Hulvelan Helmen lisäksi seniorivuokra-asunnot, tehostettu palveluasuminen erilaisissa yksiköissä sekä Hulvelan kotihoito. Hulvelan Helmestä saa tietoa ikäihmisille suunnatuista palveluista, etuuksista, virkistysmahdollisuuksista ja liikuntapalveluista sekä siellä järjestetään erilaisia ryhmiä ja tilaisuuksia ikäihmisille. (Raision kaupunki 2013.) Raision Sotaveteraanit ry järjestää Kotikorsu-tilaisuuden kerran kuukaudessa Hulvelan palvelukeskuksen tiloissa. Tilaisuus on tarkoitettu kaikille raisiolaisille sodassa palvelleille henkilöille. Kotikorsu-tilaisuudessa tavataan toisia sotaveteraaneja ja keskustellaan asioista eri teemojen ympärillä.

Sotaveteraanit ovat oikeutettuja tiettyihin etuuksiin, muun muassa kuntoutuksiin, jotka Valtiokonttori myöntää ja maksaa. Valtiokonttorin myöntämä kuntoutus voi olla laituskuntoutusta, päivä kuntoutusta tai avokuntoutusta. Kuntoutuksen pituus määräytyy sotaveteraanin toimintakykyluokan mukaan. (Valtiokonttori 2014.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuoda lisätietoa sotaveteraanien palveluiden kehittämistyötä varten. Sotaveteraanien fyysisen toimintakyvyn sekä heidän subjektiivisten kokemusten kartoittaminen omasta toimintakyvystään on tärkeää, jotta pystytään ennakoimaan heidän palvelujen tarpeensa lähivuosina. Fyysistä toimintakykyä selvitettiin kahdella

toiminnallisella testillä sekä kolmella kyselyllä. Edellä mainittujen testien lisäksi kuudelta sotaveteraanilta selvitettiin haastattelemalla heidän kokemuksiaan ja mielipiteitään Hulvelan Helmen veteraanipalveluista.

2 IKÄÄNTYNEEN TOIMINTAKYKY JA SEN ARVIOINTI FYSIOTERAPIASSA ICF-LUOKITUKSEEN PERUSTUEN

Toimintakyvyllä tarkoitetaan selviytymistä päivittäisistä toimista. Sillä voidaan tarkoittaa myös sairauden tai vamman aiheuttaman toiminnanvajauksen puuttumista. (Eloranta & Punkanen 2008, 9.) Fyysinen toimintakyky käsittää kyvyn suoriutua esimerkiksi pukeutumisesta, syömisestä ja liikkumisesta eli kaikista päivittäisistä perustoiminnoista. Fyysinen toimintakyky ymmärretään usein itse fyysisenä kuntona. Fyysiseen toimintakykyyn kuuluu myös selviytyminen kodin ulkopuolella asioinnista, mielekkästä vapaa-ajanvietosta ja yhteydenpidosta sosiaaliseen verkkoon sekä työelämästä tai opiskelusta. (Sosiaaliportti 2014.)

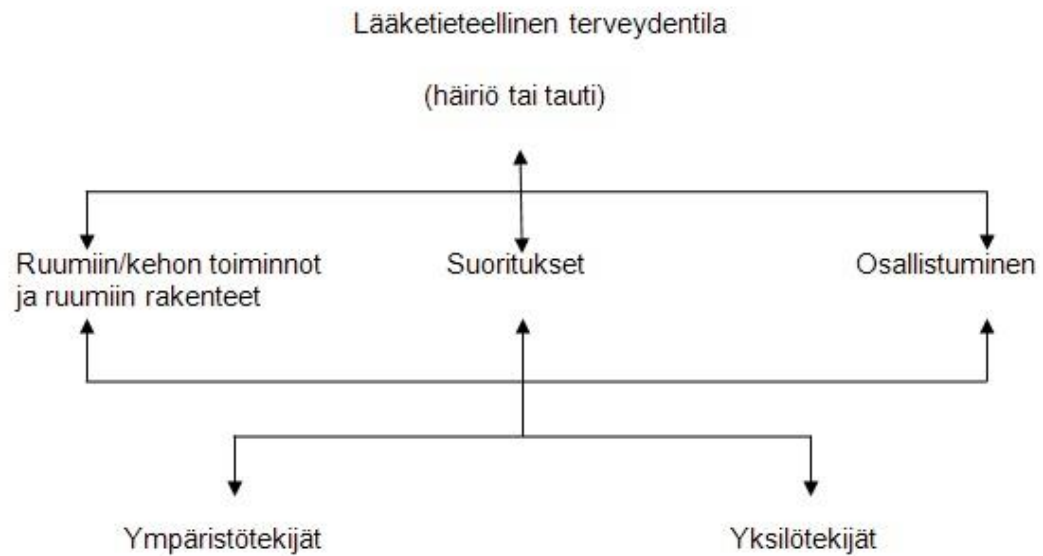
Toimintakyvystä puhuttaessa täytyy aina ottaa huomioon myös ympäristötekijät ja niiden vaikutus toimintakyvyn osa-alueisiin. Ympäristö asettaa muun muassa erilaisia vaatimuksia yksilön arkea ajatellen: asuuko maalla vai kaupungissa, omakotitalossa vai vanhainkodissa. (Laukkanen 2008, 264.) Ympäristö ja yksilö ovat aina vuorovaikutuksessa yksilön toimintakykyä tarkastellessa (Stakes 2004, 8).

Toimintakyky käsittää myös psyykkisen ja sosiaalisen osa-alueen. Psyykkisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan sitä, miten hyvin henkilön psyykkiset voimavarat riittävät vastaamaan elämän kriisitilanteiden haasteisiin. Sosiaalisella toimintakyvyllä puolestaan tarkoitetaan yksilön kykyä toimia toisten ihmisten kanssa ja koko yhteiskunnassa. Sosiaaliseen toimintakykyyn kuuluu myös yksilötaso eli se, miten yksilö tuntee omat mahdollisuutensa ja hahmottaa itsensä suhteessa ympäristöönsä. (Eloranta & Punkanen 2008, 10–18.) Tässä opinnäytetyössä keskitytään tarkastelemaan ja tutkimaan fyysisistä toimintakykyä.

Ihmisen ikääntyessä toimintakyky heikkenee ja saattaa ilmetä erilaisia oireita sekä vaivoja. Fyysisen toimintakyvyn lisäksi onkin syytä ottaa huomioon myös

henkilön itse kokema hyvinvointi. Koettu hyvinvointi perustuu terveyden kokemukseen, henkiseen hyvinvointiin sekä ihmissuhteiden kokemukseen. Terveyden kokemukseen kuuluvat siis erilaiset oireet sekä vaivat ja henkiseen hyvinvointiin kuuluvat mielenterveys, psyykkiset oireet sekä psykososiaaliset tekijät. Ihmissuhteiden kokemukseen puolestaan kuuluvat kokemus yhteisöön kuulumisesta, yksinäisyyden kokemus sekä ongelmat ihmissuhteissa. (Heini 2012, 22.) Henkilö saattaa siis kokea toimintakykynsä hyväksi, vaikka fyysisiä testejä tehdessä havaittaisiinkin toimintakyvyn alenemista. Tässä tutkimuksessa koettua toimintakykyä on tutkittu haastattelun kahdella viimeisellä kysymyksellä.

Toimintakyky voidaan ajatella prosessina, johon kuuluu eri tekijöitä. Tässä opinnäytetyössä on käytetty ajattelumallina kansainvälistä toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokitusta (International Classification of Functioning, ICF) (kuvio 1). Tässä luokituksessa toimintakykyyn vaikuttavia tekijöitä ovat ruumiin ja kehon toiminnot ja rakenteet, suoritukset sekä osallistuminen. Ruumiin rakenteilla ymmärretään ihmisen anatomia, esimerkiksi elimet ja raajat sekä näiden rakenneosat. Ruumiin ja kehon toiminnot kattavat puolestaan fysiologiset toiminnot, kuten hengityksen ja ruuansulatuksen. Suorituksilla tarkoitetaan yksilön suoriutumista tehtävistä ja arkipäivän toimista. Osallistumisella tarkoitetaan osallisuutta elämän eri tilanteisiin. ICF sisältää myös yhteiskunnallisen näkemyksen. Näihin kaikkiin vaikuttavat vielä lisäksi yksilötekijät, kuten ihmisen luonne, sukupuoli ja ikä sekä ympäristötekijät, kuten asuinympäristö tai sosiaaliset suhteet. (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus 2004, 12, 18–19.)



Kuvio 1. ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus 2004, 18).

2.1 Fysioterapia ikääntyneen ihmisen toimintakyvyn tukena

Suomen Fysioterapeuttien (2014) mukaan fysioterapia perustuu terveyden, liikkumisen ja toimintakyvyn edellytysten tuntemiseen ja parhaaseen saatavilla olevaan tietoon. Fysioterapiassa arvioidaan asiakkaan terveyttä, liikkumista, toimintakykyä ja toimintarajoitteita hänen toimintaympäristössään. Fysioterapiamenetelmiä ovat terveyttä ja toimintakykyä edistävä ohjaus ja neuvonta, terapeuttinen harjoittelu, manuaalinen ja fysikaalinen terapia sekä apuvälinepalvelut. Apuvälinepalveluilla voidaan tukea ikääntyneen liikkumiskykyä ja omatoimista kotona selviytymistä. Fysioterapeutti valitsee yhdessä asiakkaan kanssa sopivimman apuvälineen. Yleisimpiä liikkumisen apuvälineitä ikäihmisillä ovat kävelykeppi ja nelipyöräinen kävelyteline eli rollaattori. (Töytäri ym. 2003, 128.)

Mittaaminen on osa fysioterapeuttista tutkimista. Tiedon välittäminen sekä asiakkaalle että terveydenhuollon ammattilaisille on mittaamisen keskeinen

tavoite. Mittaamisella todennetaan jotakin asiaa yleensä numeerisesti. Käytetyn mittarin tulee olla sekä luotettava että toistettavissa oleva eli reliaabeli. Mittarin on myös tärkeää tutkia juuri sitä mitä sen on tarkoituskin selvittää. Tällöin mittaria voidaan pitää validina. Yleisesti käytettyjen ja pätevien mittareiden käyttö on suositeltavaa, jotta muun muassa testitulosten tulkinta olisi helpompaa ja vertailukelpoista. (Karppi & Vaara 2006, 20–21.)

Ikääntyneen ihmisen fysioterapiassa tulee huomioida iän myötä tulevat fysiologiset muutokset. Näitä muutoksia on kuitenkin hankala tutkia, sillä on vaikeaa erottaa mitkä muutokset ovat luonnollisia ikääntymisestä johtuvia ja mitkä taas ovat sairauksien tai toiminnanvajausten kiihdyttämiä muutoksia. Joitakin yhteisiä piirteitä vanhenemisen myötä tulevilla muutoksilla kuitenkin on; nämä muutokset ilmenevät kaikissa yksilöissä ennemmin tai myöhemmin, ne eivät ole ulkoisten tekijöiden aiheuttamia, ne etenevät hitaasti, ne vähentävät elimistön toiminnan kapasiteettia ja ne ovat luonteeltaan palautumattomia. (Tilvis ym. 2010, 20.)

2.2 Päivittäiset toiminnot osallistumisen tason osa-alueena

Päivittäisillä perustoiminnoilla tarkoitetaan esimerkiksi pukeutumistoimintoja, henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtimista ja syömistä, joissa kaikissa itsenäisen selviytymisen edellytyksenä on riittävä fyysinen toimintakyky. Päivittäisistä toiminnoista selviytymisen arviointi on yksi monista tavoista selvittää yksilön toimintakykyä. Kun päivittäisistä toiminnoista selviytymisessä on puutteita, puhutaan toiminnanvajauksesta. Kotona asumisen mahdollisuus on heikentynyt, kun perustoiminnot eivät enää suju. Mikäli hygieniatoiminnoissa tai syömisessä ilmenee hankaluuksia, toiminnanvajausta on suurta. (Laukkanen 2008, 264–267.) Päivittäisiä toimintoja arvioitaessa tulee huomioida niiden onnistuminen kokonaisuutena: yhdestä toiminnosta suoriutuminen ei takaa kotona pärjäämistä, sillä arjessa toimintakyvyn osa-alueet limittyvät. Arkiaskareista selviytyminen ja kotona pärjääminen ovat riippuvaisia siitä, miten henkilö suoriutuu toiminnoista peräkkäisinä suorituksina. (Voutilainen 2006, 29–

30.) Suorituksista selviytyminen kodin ulkopuolella ja sosiaalisissa tilanteissa mahdollistaa osallistumisen tason.

Päivittäisistä toiminnoista käytetään myös nimitystä ADL-toiminnot (activities of daily living). Välineellisistä päivittäisistä toiminnoista käytetään lyhennettä IADL-toiminnot (instrumental activities of daily living). IADL-toimintoja ovat esimerkiksi ruuanvalmistus, pyykinpesu, puhelimen käyttö ja kaupassa asiointi. (Toimia 2014.) IADL-toiminnoista selviytyminen vaatii yksilöltä sosiaalisia ja psyykkisiä resursseja ja ne ovat siten monimutkaisempia kuin ADL-toiminnot (Laukkanen 2008, 294). Kirjallisuudessa päivittäisistä toiminnoista käytetään useita eri nimityksiä ja lyhenteitä. Tässä opinnäytetyössä päivittäiset toiminnot on jaoteltu ADL- ja IADL-toimintoihin, joita kaikkia tarkastellaan fyysisen toimintakyvyn näkökulmasta.

2.3 Liikkumiskyky suorituksen tason osa-alueena

Liikkumiskyky on yksi tärkeistä elämänlaatua määrittävistä tekijöistä. Liikkumiskyvyn keskeisiä fysiologisia edellytyksiä ovat lihasvoima, tasapaino, aistitoiminnot ja niitä koordinoiva keskushermoston toiminta. Myös hengitys- ja verenkiertoelimistön hyvä toiminta on perusedellytys liikkumiskyvylle. Kun joissain näissä osa-alueissa tapahtuu heikkenemistä, liikkuminen alkaa tuntua hankalalta ja henkilö vähentää liikkumistaan. Tästä puolestaan seuraa kunnon heikkeneminen ja lopulta myös fyysisen toimintakyvyn huononeminen. Liikkumiskyky on myös yksi perusedellytys omatoimiselle kotona selviytymiselle. (Eloranta & Punkanen 2008, 59–60.) Itsenäisen selviytyminen kotona edellyttää 0,4 – 0,5 m/s kävelynopeutta, jota tarvitaan päivittäisissä toiminnoissa (Pohjola 2006, 53). Riittävä kävelynopeus puolestaan takaa sujuvan asioinnin myös kodin ulkopuolella, jossa yleinen suoritus on suojatien ylitys. Suojatien ylitys kävelijöiden vihreän valon syttyessä ja ennen autoilijoiden vihreään valoon vaihtumista edellyttää kävelijältä 0,8 m/s kävelynopeuden. (Liikennevalot.info 2013.)

2.4 Tasapaino ja lihasvoima rakenteen tason osa-alueina

Tasapainoa pidetään yllä näköaistin, tuntojärjestelmän sekä korvassa sijaitsevan tasapainoelimen avulla (Sandström & Ahonen 2011, 59). Iän myötä näissä osa-alueissa tapahtuu muutoksia ja tasapaino heikkenee. Tasapainon ylläpitäminen vaikeutuu, kun aistireseptoreiden toiminta heikkenee. Esimerkiksi silloin, kun jalkapohjan kautta tuleva tieto alustan vaihteluista tai asennon muutoksista ei enää välity tehokkaasti keskushermostolle. On myös todettu, että usein jo 40. ikävuoden jälkeen näkökyvyssä alkaa tapahtua muutoksia. Yleisimpiä iän myötä tulevia näön muutoksia ovat silmän kontrastiherkkyuden heikkeneminen, heikkenevä hämääadaptatio sekä heikentynyt syvyyserojen havaitseminen. Myös reaktioaika hidastuu ikääntyessä. Tällöin reagointi asennonkorjausliikkeillä ja suojareaktioilla (tasapainostrategioiden käyttö) tasapainon menetyksiin hidastuu. (Lyyra ym. 2007, 205–206.)

Tasapaino voidaan jakaa kahteen eri muotoon, dynaamiseen ja staattiseen tasapainoon. Staattinen tasapaino tarkoittaa asennon hallintaa, esimerkiksi yhdellä jalalla seisoessa pystyssä pysymistä. Yksinkertaisimmillaan staattista tasapainoa tarvitaan pystyasennon ylläpitämisessä. Dynaaminen tasapaino ilmenee esimerkiksi kävellessä. (Jones & Barker 2002, 175.) Dynaamisessa tasapainossa on kyse tasapainon säilyttämisestä liikkeen aikana sekä kehon hallinnasta painovoiman suhteen. Tämä mahdollistaa ihmisen liikkumisen. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 228.)

Heikentynyt tasapaino liitetään tiiviisti kasvaneeseen kaatumisriskiin. Tasapainon hallinnan vaikeus onkin heikon näön ja dementian ohella yleisin kaatumisen syy (Suomen Fysioterapeutit 2013). Yli 65-vuotiaiden tapaturmista Suomessa on 80 prosenttia seurausta kaatumisesta tai matalasta putoamisesta. Kaatumisen tapahduttua puolet näistä henkilöistä kaatuu myöhemmin uudelleen. Aiempi kaatuminen altistaa siis huomattavasti uudelle kaatumiselle. (Pajala 2012, 7.) Tasapaino kehittyy vielä ikääntyneenäkin ja siksi sitä on tärkeä harjoittaa läpi elämän. Tasapainoharjoittelulla kehitetään

tasapainokykyä, silloin kehon hallinta ja pystyssä pysyminen arjen vaihtelevissa tilanteissa paranee ja kaatumispelko vähenee. (Pajala 2012, 22.)

Kehon lihasvoiman pitää pystyä voittamaan maan vetovoima, jotta ihminen pystyy selviytymään päivittäisistä toiminnoista, esimerkiksi tuolilta ylösnoisusta. Iäkkäillä ihmisillä on usein hankaluuksia liikkeen koordinoinnissa, joka puolestaan korostaa lihasvoiman merkitystä suorituksessa. (Sipilä ym. 2008, 114–115.) Lihasmassa ja sen myötä lihasvoima vähenevät ihmisen ikääntyessä. 50-vuotiaalla ihmisellä lihasmassa on pienentynyt 10 prosenttia ja 70-vuotiaalla jo 40 prosenttia (UKK-instituutti 2013). Ikääntyessä fyysinen aktiivisuus vähenee ja näin ollen lihaskunto heikkenee. Liikkumattomuudesta johtuvaa lihassurkastumista voidaan kuitenkin korjata säännöllisellä lihaskuntoharjoittelulla myös ikääntyneillä. (Tilvis ym. 2010, 24.) Ramula (2004, 34–35) toteaa pro gradu -tutkielmassaan monipuolisen ja säännöllisen liikuntaharjoittelun parantavan ikääntyneiden lihasvoimaa. Tutkimuksen kohdejoukkona oli 70 iältään 70 – 78 -vuotiasta naista. Kuuden kuukauden interventiojakson jälkeen havaittiin tilastollisesti merkittäviä muutoksia alaraajojen ojennusvoimassa (+17 %), portaalle astumisen voimassa (+31 %) sekä ketteryydessä (+6 %). Sundell (2014, 37) on koonnut yhteen senioreille tehdyt lihasvoimaharjoittelututkimukset. Näyttö lihasvoimaharjoittelun positiivisista tuloksista on kiistaton. Tutkimusten mukaan lihasvoima lisääntyy ikääntyneillä jo muutaman kuukauden säännöllisen harjoittelun myötä keskimäärin 10 – 30 prosenttia molemmilla sukupuolilla.

3 TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Raision kaupungin veteraanipalveluita on jo aiemmin pyritty kehittämään asiakaslähtöisemmäksi esimerkiksi siirtämällä veteraaniasioiden vastaanotto terveyskeskuksesta Hulvelan Helmeen vuonna 2011. Moni sotaveteraani käyttää heille tarjolla olevia Hulvelan Helmen palveluita sekä hoito- ja hoivapalveluita. Sotaveteraaneihin kuuluu kuitenkin myös henkilöitä, jotka eivät ole säännöllisten hoito- ja hoivapalveluiden piirissä.

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuoda lisätietoa sotaveteraanien palveluiden kehittämistyötä varten. Tavoitteena on kartoittaa kotona asuvien hoito- ja hoivapalveluiden piiriin kuulumattomien sotaveteraanien fyysistä toimintakykyä. Tavoitteena on myös selvittää sotaveteraanien subjektiivisia kokemuksia omasta toimintakyvystä sekä heidän mielipiteitä Hulvelan Helmen veteraanipalveluista.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Millainen fyysinen toimintakyky kotona asuvilla sotaveteraaneilla on?
 - a. Miten kotona asuvat sotaveteraanit pärjäävät päivittäisissä toiminnoissa?
 - b. Millainen on kotona asuvien sotaveteraanien liikkumiskyky?
 - c. Millainen on kotona asuvien sotaveteraanien tasapaino?
 - d. Millainen on kotona asuvien sotaveteraanien alaraajojen lihasvoima?
 - e. Millaisena kotona asuva sotaveteraani kokee toimintakykynsä?
2. Millaisina Hulvelan Helmen veteraanipalvelut koetaan?
3. Miten Hulvelan Helmen veteraanipalveluita voisi kehittää?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimusjoukko

Opinnäytetyön kohderyhmänä ovat raisiolaiset sotaveteraanit. Sotaveteraanilla eli rintamaveteraanilla tarkoitetaan henkilöä, joka palvelukseen kutsuttuna, määrättynä tai vapaaehtoisena on osallistunut vuosina 1939–1945 käytyihin Suomen sotiin. Nämä ovat Talvisota (30.11.1939 – 13.3.1940), Jatkosota (25.6.1941 – 19.9.1944) ja Lapin sota (15.9.1944 – 27.4.1945) Vuonna 2013 sotaveteraaneja oli elossa noin 34 000. Sotaveteraanitunnusta on täytynyt hakea 31.12.1994 mennessä. (Suomen Sotaveteraaniliitto ry 2013.)

Raisiossa oli sotaveteraaneja tutkimuksen aloitusvaiheessa Effica-potilastietojärjestelmän mukaan 110 henkilöä. He ovat syntyneet vuosina 1918–1928. Osa heistä asuu senioriasunnoissa, tehostetun palveluasumisen piirissä tai laitoshoidossa vanhainkodissa ja osa kotonaan kotihoidon turvin. Heidän lisäksi on vielä sotaveteraaneja, jotka asuvat kotonaan kuulumatta hoito- tai hoivapalveluiden käytön piiriin. Heitä oli tutkimuksen kenttätövaiheessa 50 henkeä. Koska tässä opinnäytetyössä ollaan kiinnostuneita heistä, joilla ei ole käytössä hoito- tai hoivapalveluita, rajaus kohderyhmästä tehtiin Effica-potilastietojärjestelmän kautta. Hoito- ja hoivapalveluilla tarkoitetaan esimerkiksi kotihoidon palveluita, tehostetun palveluasumisen piirissä tai vanhainkodissa asumista. Tutkimuksen kohderyhmään valikoituneilla henkilöillä voi olla käytössään kotihoidon tukipalveluita, esimerkiksi lääkkeiden jako-, suihku- ja / tai ateriapalvelu. Nämä palvelut ovat tärkeitä, mutta niiden toteuttajat eivät varsinaisesti tutki ikäihmisen fyysistä kuntoa eivätkä välttämättä edes näe fyysisesti palvelun saajaa. Esimerkiksi ateriapalvelun lähetti voi sovitusti jättää aterialähettykset ulko-ovelle. Näiden palveluiden toteuttajat tekevät kuitenkin kirjauksen potilastietorekisteriin asiakkaan nähdessään, mikäli asiakkaan toimintakyvyssä on havaittu muutosta ja sitä kautta pohditaan tarpeellisia palveluita. Tässä opinnäytetyössä on hyväksytty näiden palvelujen piirissä olevat henkilöt kohderyhmään.

Tutkimukseen osallistumisen kriteerit täyttävä henkilö on kotona asuva raisiolainen rintamatunnuksen omaava sotaveteraani, jolla ei ole käytössä säännöllisiä hoito- ja hoivapalveluita. Jokainen sotaveteraani osallistui tutkimukseen vapaaehtoisesti ja allekirjoitti suostumuslomakkeen (liite 1).

4.2 Määrälliset aineistonkeruumenetelmät

Tässä opinnäytetyössä on kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen lähestymistapa. Tutkimuksen määrällinen osio koostuu viidestä eri mittarista ja niiden tulosten analysoinnista. Käytettävät mittarit valikoituivat määrällisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmiksi, koska ne ovat yleisesti Raision kuntouttavan päivätoiminnan, SAS-työryhmän sekä Raision kaupungin fysio- ja toimintaterapeuttien käytössä. SAS-toiminnalla tarkoitetaan hoito- ja hoivapalveluiden sekä asumisjärjestelyiden koordinoitua. SAS-toiminta on lyhenne sanoista selvitä, arvioi, sijoita. (Raision kaupunki 2014.) Jokaiselle tutkimuksen määrälliseen osioon osallistuvalla teetettiin seuraavaksi esiteltävät testit, joiden lomakkeet löytyvät liitteinä työn lopusta. Kaikissa testeissä käytettiin apuna niihin laadittuja ja usein käytettyjä strukturoituja vastauslomakkeita, jotta tutkimuksesta saatavat tiedot ovat muutettavissa luotettavaan, numeeriseen muotoon tilastointia varten. Lomakkeet ovat myös saatavilla Terveystietokeskuksen ja hyvinvoinninlaitoksen (2014) ja UKK-instituutin (2014) sekä Vanhustyönosaajien (2014) internet-sivuilta.

4.2.1 Barthel-indeksi

Barthel-indeksi on helppokäyttöinen ja nopea mittausmenetelmä ADL-toimintojen arviointiin (liite 2). Se on kehitetty erityisesti pitkäaikaissairaiden kuntoutusarviointia varten, mutta sitä voidaan hyödyntää palvelun tarpeen arvioinnissa myös potilailla, joiden toimintakyky on syystä tai toisesta heikentynyt. Barthel-indeksiin on olemassa useita pisteytysversioita, mikä hankaloittaa eri tutkimusten vertailua keskenään. Mittari voidaan tilanteesta ja potilaan kunnosta riippuen tehdä kyselemällä tai potilaan kirjoittamana

itsearviointina (Toimia 2014.) Tässä opinnäytetyössä käytettiin kyselylomaketta, joka sisälsi 10 kysymystä päivittäisiin toimintoihin liittyen. Testaaja täytti lomakkeen tutkittavan vastausten mukaan. Kysymykset pisteytetään asteikolla 0 – 15. Maksimipistemäärä on 100 pistettä. Mitä alhaisempi tulos, sen suuremmasta hoivapalvelun tarpeesta on kyse. (Toimia 2013.)

Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallisen asiantuntijaverkoston mukaan (2014) Barthel-indeksi ei myöskään erottele sellaisten henkilöiden avun ja palveluiden tarvetta, jotka selviytyvät päivittäisistä perustoiminnoistaan, mutta jotka tarvitsevat apua välineellisistä ADL-toiminnoista suoriutumisen yhteydessä. Tästä syystä Barthel-indeksiä ei ole suositeltavaa käyttää yksinään kotihoidon tarvetta arvioitaessa. Luotettavimman tuloksen saamiseksi tässä opinnäytetyössä on käytetty fyysisen toimintakyvyn kartoittamiseksi myös IADL-mittaria. Pohjoismaalaiset geriatrian alan asiantuntijat suosittelevat Barthel-indeksiä iäkkäiden sairaalapotilaiden arviointiin. Barthel-indeksi on kansainvälisesti tunnettu ja sitä on käytetty laajasti erilaisissa tutkimuksissa sekä muun muassa geriatrisen kuntoutuksen saralla. (Laukkanen 2008, 299; Terapia fennica 2014.)

4.2.2 IADL-asteikko

IADL-asteikko on selkeä ja strukturoitu toimintakyvyn arviointiväline (liite 3). Se on suunniteltu selvittämään yli 60-vuotiaiden henkilöiden toimintakykyä ja päivittäisistä toiminnoista selviytymistä. Laadukkaan ja turvallisen kotona asumisen kannalta on tärkeää arvioida IADL-toiminnoista selviytymistä. (Toimia 2014.) Toimintakyvyn heiketessä ensimmäiset hankaluudet ilmenevät ADL-toimintoja monimutkaisemmissa IADL-toiminnoissa (Laukkanen 2008, 266). Tässä opinnäytetyössä on käytetty Lawtonin IADL-asteikkoa, joka sisältää kahdeksan kysymystä.

Kysymykset on pisteytetty dikotomisesti asteikolla nollasta yhteen. Mikäli tutkittava selviytyy kysytystä toimintakyvyn osa-alueesta tavalla tai toisella, hän saa kysymyksestä yhden pisteen. Mikäli tutkittava ei arjessaan selviydy

kysytystä osa-alueesta, saa hän kysymyksestä nolla pistettä. Maksimipistemäärä on kahdeksan pistettä. Mitä alhaisempi pistemäärä, sen suurempi palvelun tarve on kyseessä. Vastaajat on ohjeistettu vastaamaan kykyjensä, ei tottumustensa, perusteella. (Toimia 2014.)

Jyrkkä (2013, 2, 33) on tutkinut pro gradu -tutkielmassaan ikääntyneiden ihmisten kognitiivisen ja fyysisen toimintakyvyn sekä muistin suhdetta. IADL-toimintoja tutkiessaan hän on käyttänyt IADL-arviointiasteikkoa. Avun tarvetta IADL-toiminnoissa esiintyi eniten silloin, kun ikääntyneen liikkumiskyky oli heikentynyt. Jyrkkä toteaa pro gradu -työssään: ”Henkilöt, jotka tarvitsivat apua kahden kilometrin kävelyyn tai eivät suoriutuneet siitä autettunakaan, kokivat avun tarvetta yleisimmin raskaiden taloustöiden tekemisessä (74 %), julkisilla kulkuneuvoilla liikkumisessa (53 %) sekä kaupassakäynnissä (42 %). Jos henkilö ei tarvinnut apua 2 km:n kävelymatkalla, avun tarvetta esiintyi lähinnä raskaiden taloustöiden tekemisessä (15 %)”.

4.2.3 Lyhyt fyysisen suorituskvyn testistö

Lyhyt fyysisen suorituskvyn testistö (Short Physical Performance Battery, SPPB) (liite 4) on helppo ja nopea toteuttaa. Se soveltuu erinomaisesti iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn arviointiin hyvinvointia edistävien palveluiden yhteydessä. Se on kehitetty Yhdysvaltojen National Institute of Aging -instituutin toteuttamassa Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly (EPESE) -tutkimuksessa mittaamaan iäkkäiden henkilöiden liikkumiskykyä (Toimia 2014, Guralnik ym. 1994).

SPPB sisältää kolme osiota, joilla mitataan tasapainoa, alaraajojen toiminnallista lihasvoimaa ja hallintaa sekä kävelynopeutta. Jokainen osio pisteytetään erikseen asteikolla 0 – 4. Maksimipistemäärä testissä on 12 pistettä. Kaikki suoritukset ohjeistetaan sanallisesti ja demonstroidaan tutkittavalle tutkijan toimesta ennen varsinaista suoritusta. Ennen varsinaista testisuoritusta on mahdollisuus yhteen harjoitussuoritukseen. (Toimia 2013; Pajala 2012, 161–166.)

Tasapainoa testataan kolmessa eri asennossa seisten: ensin jalat rinnakkain, sitten puolitandem-asennossa sekä lopuksi tandem-asennossa. Jokaisessa asennossa pyritään pysymään pystyssä 10 sekuntia. Suoritusten aikana ei saa ottaa tukea ympäristöstä, mutta turvallisuuden takaamiseksi lähellä on hyvä olla jokin tuki esimerkiksi kaide tai tukeva tuoli. (Pajala 2012, 161–164.)

Kävelynopeutta tutkitaan neljän metrin matkalla. Testattavaa pyydetään kävelemään teippiviivoin merkattu matka omalla, normaalilla kävelyvauhdilla. Lähtö tapahtuu hieman lähtöviivan takaa. Suorituksesta otetaan aika. Testaaja kulkee testattavan jäljessä lähietäisyydellä turvallisuuden takaamiseksi. Testi tehdään kaksi kertaa, joista nopein tulos kirjataan ylös tilastoimista varten. Testin tarkoituksena on mitata kävelykykyä ja -nopeutta. Mikäli testattavalla on käytössään liikkumisen apuväline ja testi on mahdotonta suorittaa ilman sitä, apuväline saa olla käytössä testissä. (Pajala 2012, 161, 164–165.)

Tutkimusten mukaan ikääntyneen kävelykyky on yksi tärkeimmistä tekijöistä itsenäisyyden ja omatoimisuuden säilyttämisessä. Kävely osasuorituksena sisältyy useimpiin ADL-toimintoihin. Kävelynopeus antaa tietoa monista toimintakyvyn edellytyksistä, sillä normaali kävely edellyttää alaraajojen lihasten ja nivelten yhteistyötä sekä neuromuskulaarista säätelyä ja dynaamista tasapainoa. Alentunut kävelynopeus ennustaa toiminnanvajauksen syntymisen riskiä. (Pohjola 2006, 52–53).

Alaraajojen lihasvoimaa testataan tuoilta ylösnousulla viiden kerran toistosuorituksena. Testi tulee suorittaa yläraajat rintakehän päälle ristittyinä. Jos se ei onnistu, yläraajoilla voi ottaa tukea. Tällöin suorituksesta ei kuitenkaan saa pisteitä. Kaikilla tapaa suoritetusta tuoilta ylösnoususta otetaan aika joka tapauksessa, jotta tuloksia voidaan jatkossa esimerkiksi vertailla vuosittain testiä uudelleen tehdessä. (Pajala 2012, 161, 165–166.)

Ikääntynyt henkilö voi arjessaan käyttää monenlaisia keinoja päästääkseen tuoilta ylös riippuen siitä, onko hänellä ongelmaa lihasvoiman vai tasapainon kanssa. Tuoilta ylösnousu testaa muun muassa polven ojennusvoimaa ja dynaamista tasapainoa, joita edellytetään päivittäisistä toiminnoista

selviytymiseen. Tutkimuksissa on todettu polven ojennusvoiman olevan voimakkaimmin yhteydessä yksilön dynaamiseen tasapainoon ja itsenäiseen elämänlaatuun itsenäisten suoritusten kautta. Heikentynyt polven ojennusvoima on yhteydessä toimintakyvyn rajoituksiin ja lisääntyneeseen avun tarpeeseen. Hitaus tuolilta ylösnousussa kertoo toimintakyvyn heikkenemisestä sekä on myös merkki suurentuneesta kaatumisriskistä. (Pohjola 2006, 48.)

Lyhyt fyysisen suorituskvyn testistön kaikkien osioiden yhteenlaskettu pistemäärä antaa tietoa monesta toimintakykyyn vaikuttavasta tekijästä ja sen avulla voidaan arvioida ja ennakoida toiminnan vajavuuksien ilmaantumisen riskiä. Alhainen pistemäärä ennustaa toiminnanvajausten ilmaantumista sekä heikentyneitä kotona selviytymisen taitoja. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallisen asiantuntijaverkoston mukaan voidaan todeta, että SPPB:n summapisteen ollessa alle 10, henkilön alaraajojen suorituskvyy on jo alkanut heikentyä ja siihen on syytä kiinnittää huomiota. Summapisteen tarkastelu ei pelkästään riitä, vaan tärkeää on myös tarkastella kaikkien osatestien tuloksia erikseen. Yleisesti käytetyt viitearvot perustuvat yli 71-vuotiailla toteutettuun EPESE-tutkimukseen eikä testistön summapisteistä ole saatavilla suomalaisia viite-arvoja. (Toimia 2014.)

4.2.4 Timed up and go -testi

Timed up and go -testi (TUG) (liite 5) antaa yleisen kuvan testattavan liikkumiskyvystä. TUG-testi soveltuu iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn arviointiin. Se mittaa tasapainoa sekä liikkumiskvyyä kuuden metrin matkalla. Testi on helppo ja nopea toteuttaa. Suoritus pisteytetään kävelyn laadun mukaan asteikolla 1 – 5 seuraavasti: 1 normaali, 2 erittäin vähän epänormaali, 3 jonkin verran epänormaali, 4 kohtalaisen epänormaali, 5 erittäin epänormaali. (Vsshp 2014.) Yleisesti käytössä olevia viitearvoja ei ole (Toimia 2014). Suoritukseen kuluneella ajalla ei ole merkitystä pisteytyksen kannalta, mutta sillä saadaan arvokasta tietoa testattavan henkilön liikkumiskyvystä esimerkiksi

vuosittaisen vertailun avulla. Apuvälineen käyttö testissä ei vaikuta pisteytykseen.

TUG-testin tuloksia on tutkittu myös toiminnallisuuden kannalta. Toimia-tietokannan (2014) sekä sveitsiläisen tutkimuksen (ks. Bischoff ym. 2003, 315–320) mukaan itsenäisesti asuvilla 65 – 85-vuotiailla naisilla yli 12 sekunnin suoritus aika viittaa liikkumiskyvyn ongelmiin. Tutkimustuloksista huolimatta mitään yksittäistä raja-arvoa ei voi asettaa osoittamaan lisääntyntä kaatumisalttiutta.

4.2.5 FES-I-FIN-kysely

Tässä opinnäytetyössä on käytetty edellä mainittujen neljän päätestin lisäksi kaatumishuolestuneisuutta mittaavaa FES-I-FIN -kyselyä (Falls Efficacy Scale Finland), joka on tarkoitettu iäkkäiden ihmisten kaatumispelon kartoitukseen (liite 6) (UKK-instituutti 2014). Kaatuminen voi johtaa tulevaisuuden kannalta merkittävään tapahtumaketjuun ja toimintakyvyn heikkenemiseen (Pajala ym. 2008, 153). Kyselyssä tarkoituksena on selvittää arkipäiväisten tilanteiden avulla huolestuttaako kaatuminen. Vastaus on haastateltavan omakohtainen arvio sen hetkisestä tuntemuksesta. Testin maksimipistemäärä on 64 pistettä ja minimi 16 pistettä. Korkea pistemäärä kertoo suuresta huolestuneisuudesta, mutta ei välttämättä kaatumisen vaarasta. (UKK-instituutti 2014.)

Alkuperäinen kysely (FES-I) on kansainvälisen kaatumisen ehkäisyn verkoston ProFaNE:n (Prevention of Falls Network Europe) kehittämä. UKK-instituutti on kehittänyt yhteistyössä ProFaNE:n kanssa testistä suomenkielisen, suomalaisessa ympäristössä käyttökelpoisen version, josta testin nimessä on merkinä FIN-tunnus. (UKK-instituutti 2014.) Testitilaisuuden aluksi jokaiselta osallistujalta on tiedusteltu kaatumiseen liittyvää huolestuneisuutta kysymyksellä ”Huolestuttaako kaatuminen?”. Myönteisesti vastanneille on toteutettu kysely. Kielteisesti vastanneille kyselyä ei toteutettu lainkaan.

4.3 Laadulliset aineistonkeruumenetelmät

Laadullisen osion tavoitteena on selvittää veteraanien kokemuksia ja kehittämisideoita Hulvelan Helmen veteraanipalveluihin liittyen. Laadullinen aineisto kerättiin haastattelun avulla. Tätä varten tehtiin haastattelulomake (liite 7). Kun halutaan arvioida iäkkäiden henkilöiden toimintakykyä, on henkilön oma arvio terveydestään hyvin käyttökelpoinen (Leinonen 2008, 224). On havaittu, että henkilökohtainen haastattelu on iäkkäiden henkilöiden kohdalla luotettavin ja osallistumisprosenttiltaan paras tiedonkeruumenetelmä (Laukkanen 2008, 294).

Tutkimuksen laadulliseen osioon arvottiin kuusi henkilöä koko tutkimusjoukosta. Jokaiselle näistä henkilöistä arvottiin varahenkilö mahdollisen esteen varalta. Haastateltavien määrään päädyttiin tutkijoiden käytettävissä olevien resurssien perusteella.

4.4 Aineiston käsittely ja analysointi

Tutkimuksen määrällisen osion aineisto koottiin kohdejoukon suorittamien testien tuloksilla ja kyselyjen vastauksilla. Testaustilaisuuksien jälkeen testi- ja kyselylomakkeet tarkastettiin ja numeroitiin juoksevilla numerolla, jotta yksittäisten havaintoyksiköiden tietojen tarkistaminen on helpompaa. Numeroinnin jälkeen kaikista tiedoista koottiin havaintomatriisi Excel-taulukko-ohjelmaan, jotta niiden numeerinen tutkiminen ja analysointi ovat mahdollisia. (Vilkkä 2007, 106, 111.)

Aineiston käsittelyssä kävelytestien kohdalla käytettiin hajontaluvuista minimi- ja maksimiarvoa sekä niiden vaihteluväliä. Minimi- ja maksimiarvo kertovat hitaimman ja nopeimman suoritusajan. Vaihteluvälillä kuvataan kuinka suuri ero on nopeimman ja hitaimman suoritusajan välillä. Sijaintiluvuista käytettiin keskiarvoa ja mediaania. Aluksi suoritusajoista laskettiin keskiarvo, mutta se ei yksinään ole tarpeeksi tarkka eikä välttämättä anna tulosten jakaumasta oikeaa kuvaa. Tämän takia suoritusajoista määritettiin myös mediaani. Suoritusajat

asetettiin suuruusjärjestykseen, josta voitiin havaita tulosten keskimäinen suoritusaika. (Vilkkä 2007, 121–124.) Kävelytesteistä laskettiin myös korrelaatiokerroin. Korrelaatiokerroin on lukuarvo, joka sijoittuu lukujen -1 ja +1 välille. Kertoimen ollessa -1 tai +1 muodostavat lukuarvot suoran linjan hajontakuviossa eli muuttujien välillä on täydellinen lineaarinen korrelaatio. Jos kerroin on lähellä nollaa, muuttujien tilastollinen riippuvuus on heikko. (Vilkkä 2007, 130.)

Laadullisen osion haastattelut äänitettiin, jotta haastattelija pystyi kohdistamaan huomionsa paremmin haastateltavaan eikä muistiinpanojensa kirjoittamiseen. Äänitysten avulla aineistoon on myös helppo palata myöhemmin. Haastateltavilta kysyttiin kirjallinen lupa äänitykseen (liite 8). Kun kaikki haastattelut saatiin tehtyä, suoritettiin aineiston käsittelyn ensimmäinen vaihe eli litterointi. Haastatteluista litteroitiin sanatarkasti kaikki kysymyksiin viittaavat asiat, mutta jos haastateltava alkoi kertoa jotakin aivan muuta kuin mistä oli tarkoitus keskustella, jätettiin nämä asiat litteroimatta. Litteroinnin jälkeen suoritettiin aineiston käsittelyn toinen vaihe eli luokittelu. Luokittelulla järjestetään samaa tarkoittavat käsitteet yhden laajemman käsitteen alle. Tällä pyritään muodostamaan asioista looginen kokonaisuus. Aineiston litteroinnin ja luokittelun jälkeen alkoi aineiston tulkinta tutkimuskysymyksiin pohjautuen. Luokittelu on hyvä tehdä huolella, jotta tulkinta olisi mahdollisimman helppo tehdä. (Kananen 2004, 85, 101, 113–115.)

5 TULOKSET

5.1 Tutkimuksen taustatiedot

Tutkimukseen kutsuttiin kirjeitse (liite 9) yhteensä 50 sotaveteraania, joista 28 henkilöä osallistui testeihin. Osallistumisprosentti oli 56. Osallistuneista naisia oli seitsemän henkilöä (25 %) ja miehiä 21 henkilöä (75 %). Tutkimukseen osallistuneet henkilöt olivat iältään 85 – 95-vuotiaita, keski-ikä ollessa 89 vuotta. Yleisimmät syyt testeistä poisjäännille olivat huonokuntoisuus, mielenkiinnon puute kyseessä olevaa tutkimusta kohtaan tai flunssa testitilaisuuden aikana. Syyksi mainittiin myös ”niin huonokuntoiset jalat, ettei halua poistua kotoaan” tai sairaalassa käyntejä kerrottiin olevan jo niin paljon, ettei halua osallistua tähän tutkimukseen.

Tutkimukseen osallistuneilta kysyttiin kaikilta testaustilaisuuden aluksi esitietoja (liite 10). Näillä kysymyksillä haluttiin tietää muun muassa minkälaisia palveluita tai apuvälineitä henkilö arjessaan käyttää, esimerkiksi siivouspalvelu, sekä ettei tutkimukseen osallistuva kuulu hoito- ja hoivapalveluiden piiriin (lääkkeiden jako, aterial- ja/tai suihkutuspalvelu sallittu). Lisäksi tiedusteltiin kaatumiseen sekä testien aikaisen turvallisuuden vuoksi terveydentilaan liittyviä asioita.

Osallistuneista usealla oli käytössään siivouspalvelu. Muita mainittuja palveluita olivat verenpaineen mittaaminen, lääkkeiden jako, suihkutuspalvelu, ateriapalvelu ja turvapuhelin. 21 henkilöllä ei ollut käytössään mitään palveluita. Osallistuneista kolme henkilöä toimi omaishoitajana puolisolleen. Kukaan osallistuneista veteraaneista ei ollut omaishoidettava.

Tutkimukseen osallistuneista yhdellä oli käytössään rollaattori. Yhdeksän henkilöä kertoi käyttävänsä kävelykeppiä. Käytössä olevia apuvälineitä kysyttäessä mainittiin myös potkukelkka, tukipohjallinen, kantakoroke kenkään, kuulokoje sekä tukikaide. Yhdeksällä henkilöllä ei ollut käytössään mitään apuvälineitä.

5.2 Kotona pärjääminen ja päivittäiset toiminnot

Kotona pärjäämisen edellytyksenä on selviytyminen arkipäivän toiminnoista. Näitä toimintakyvyn osa-alueita on tarkasteltu Barthel-indeksin ja IADL-mittarin avulla. Molempiin testeihin vastasi 28 henkilöä eli koko kohdejoukko. Toimiatietokannan (2014) mukaan Barthel-indeksin tulokset on jaettu (ks. Shah ym.1989) viiteen eri pisteluokkaan käytettäessä asteikkoa 0 – 100:

0 – 20 pistettä: täysin riippuvainen ulkopuolisen avusta

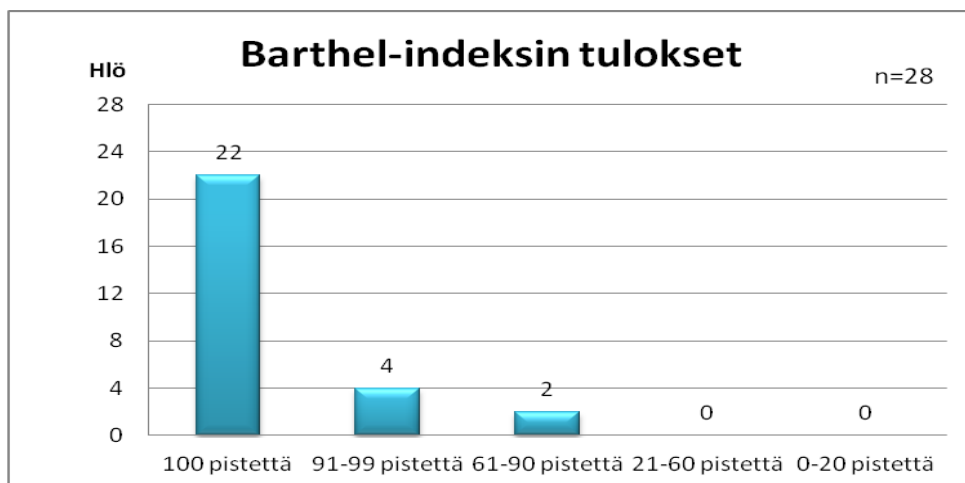
21 – 60 pistettä: suuri riippuvuus ulkopuolisen avusta

61 – 90 pistettä: kohtalainen riippuvuus ulkopuolisen avusta

91 – 99 pistettä: lievä riippuvuus ulkopuolisen avusta

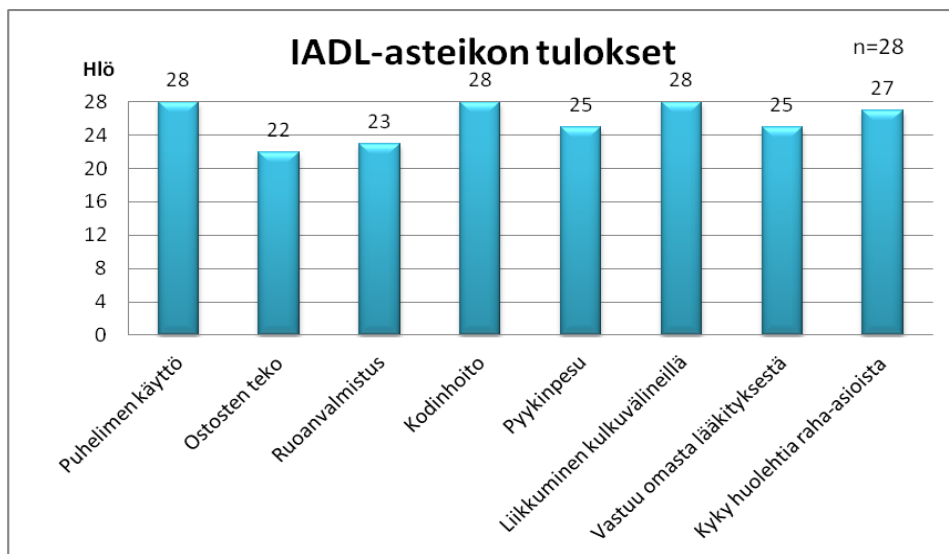
100 pistettä: riippumaton ulkopuolisesta avusta.

Barthel-indeksin tulokset olivat suurimmalta osin erinomaisia (kuvio 2). Osallistuneista 78,6 % (n=22) sai täydet pisteet eli he ovat testin mukaan arkitoiminnoissaan riippumattomia ulkopuolisesta avusta. Pisteluokkaan 91 – 99 sijoittui 14,3 % (n=4) vastanneista. Pisteluokkaan 61 – 90 sijoittui puolestaan 7,1 % (n=2) vastanneista. Kaikki osallistuneet (n=28) sijoituivat näihin kolmeen luokkaan. Tulosten keskiarvo oli 98,4 pistettä. Pistemenetykset tulivat seuraavista kysymyksistä: kävely tasaisella maalla, kävely portaissa, pukeutuminen ja rakon toiminta.



Kuvio 2. Barthel-indeksin tulokset.

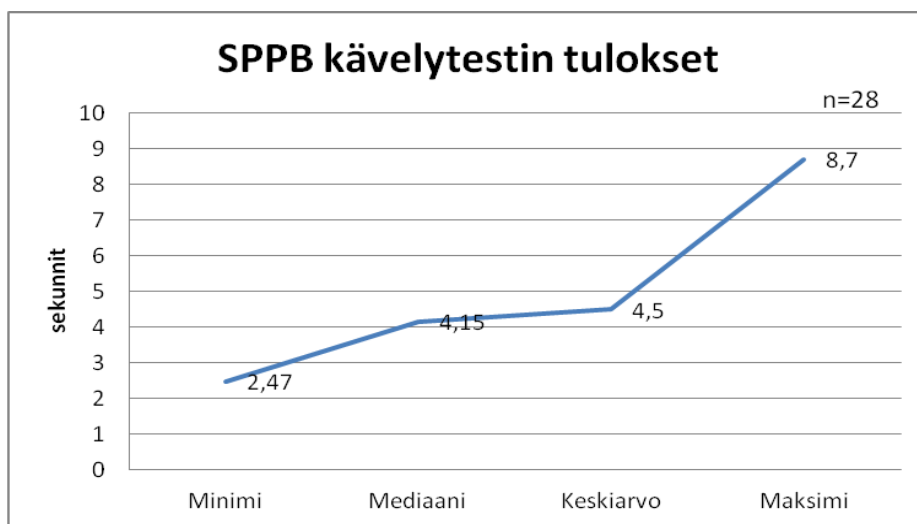
IADL-asteikosta täydet kahdeksan pistettä sai 64,3 % (n=18). Tuloksista havaitaan (kuvio 3), että heikentyneet toimintakyvyn osa-alueet ovat IADL-asteikon vastausten mukaan ostosten teko, ruoanvalmistus, pyykinpesu ja vastuu omasta lääkityksestä. Puhelimen käytöstä, kodinhoidosta ja kulkuvälineillä liikkumisesta kaikki vastanneet saivat yhden pisteen ja näin ollen kyselyn mukaan selviytyvät näistä toiminnoista omatoimisesti.



Kuvio 3. IADL-asteikon tulokset.

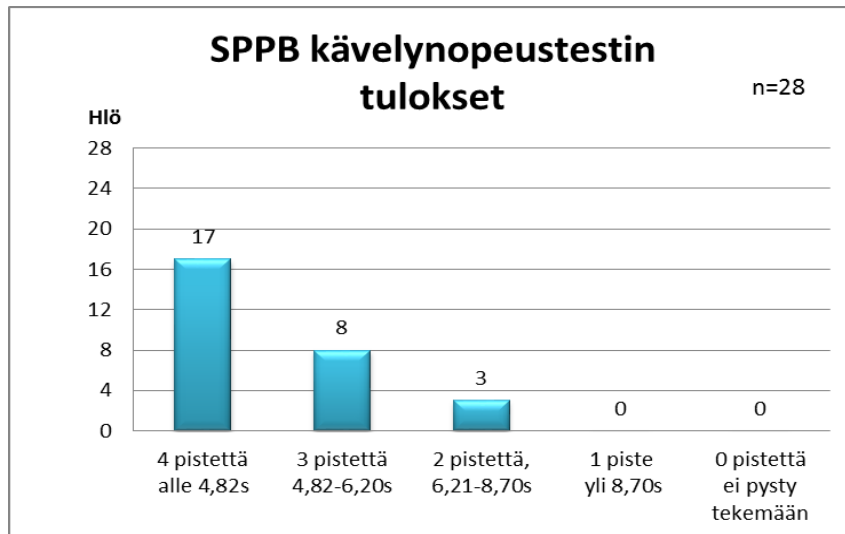
5.3 Liikkumiskyky

Lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistössä kykyä liikkua paikasta toiseen tutkittiin neljän metrin kävelysuorituksella. Kaikki testattavat (n=28) pystyivät suorittamaan testin 2,47 – 8,70 sekunnin välillä (kuvio 4). Ero nopeimman ja hitaimman suoritusajan välillä oli 6,23 sekuntia. Suoritusten keskinopeus oli 4,50 sekuntia ja mediaani 4,15 sekuntia.



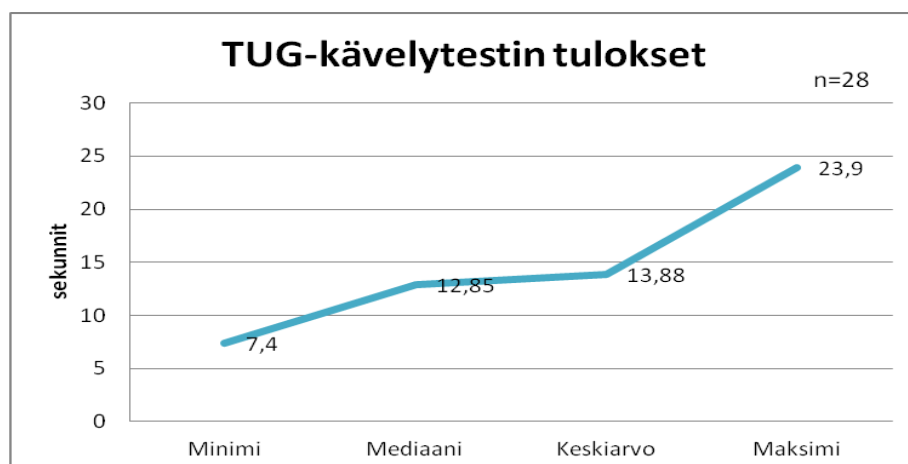
Kuvio 4. Lyhyen fyysisen suorituskykytestistön kävelynopeustestin tulosten tilastollisia tunnuslukuja.

SPPB:n kävelytestistä testattavat saivat pääosin korkeita pistemääriä (kuvio 5). Testatuista 60,7 % (n=17) käveli merkityn matkan alle 4,82 sekunnin ja sai neljä pistettä. Kolme pistettä testista sai 28,6 % (n=8) ja käveli merkityn matkan 4,82 – 6,20 sekunnissa. Loput testatuista eli 10,7 % (n=3) käveli merkityn matkan 6,21 – 8,70 sekunnissa saaden kaksi pistettä. Kenelläkään ei mennyt kävelysuoritukseen yli 8,70 sekuntia.



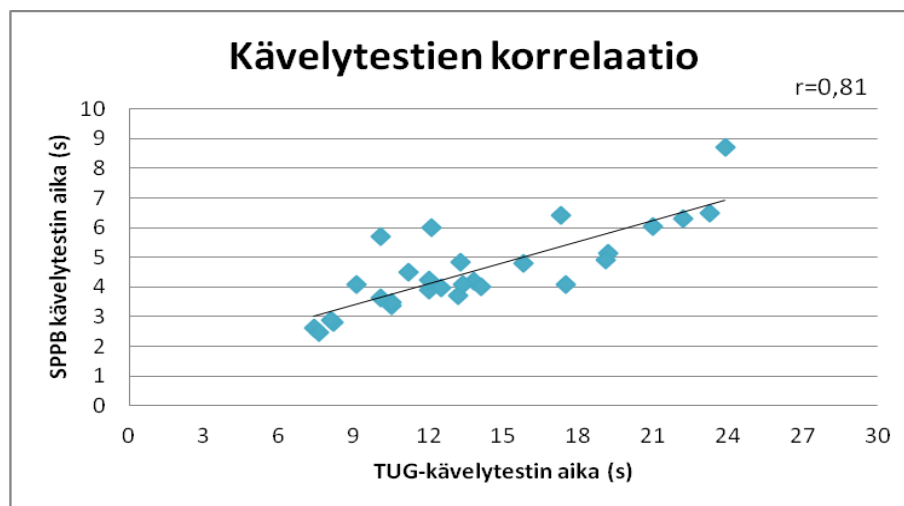
Kuvio 5. Lyhyen fyysisen suorituskykytestistön kävelynopeustestin suoritusajat ja pisteluokitukset.

Timed up and go -testin suoritti 28 henkilöä. Tulokset vaihtelivat 7,40 – 23,90 sekunnin välillä (kuvio 6). Nopeimman ja hitaimman suoritusajan väli oli 16,50 sekuntia. Suoritusten keskinopeus oli 13,88 sekuntia ja mediaani 12,85 sekuntia. Yksi testattavista sai kävelyn laadun arvioinnin mukaan kolme pistettä (jonkin verran epänormaali), kaksi testattavaa kaksi pistettä (erittäin vähän epänormaali), ja loput yhden pisteen (normaali). Testatuista 14,3 prosentilla (n=4) oli käytössään suorituksessa apuväline, kahdella oli käytössään rollaattori ja kahdella kävelykeppi.



Kuvio 6. TUG-kävelytestin tulosten tilastollisia tunnuslukuja.

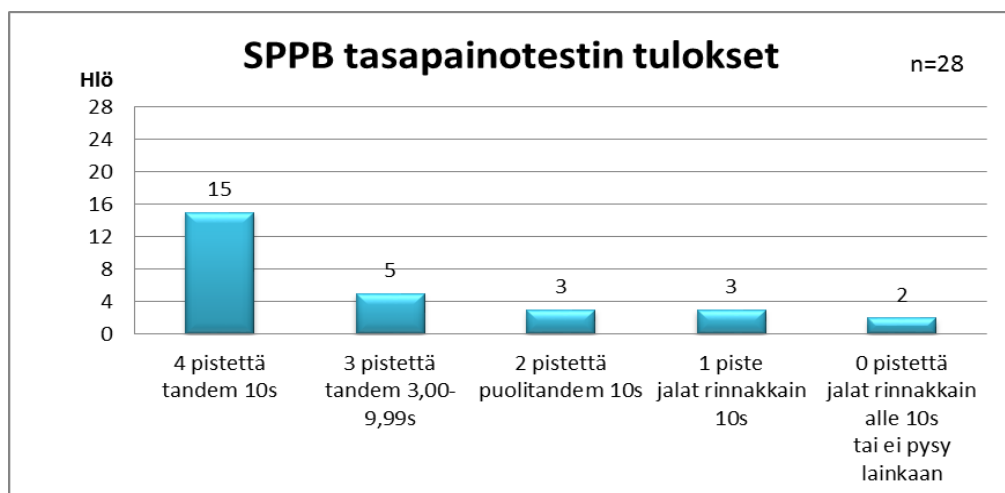
TUG-testi on SPPB:n kävelytestiin verrattuna toiminnallisempi ja sen suoritus vie enemmän aikaa. Jotta molempien kävelytestien kävelynopeuksia voitiin vertailla, laskettiin suoritusajoista korrelaatiokerroin, joka kuvaa suoritusajojen välistä riippuvuutta (kuvio 7). Kävelytestien suoritusajojen korrelaatiokerroin on 0,81. Tämä tarkoittaa, että suoritusajat eivät ole täydellisessä lineaarisessa korrelaatiossa, mutta riippuvuuden voimakkuus on kuitenkin melko vahva. Tämä tarkoittaa, että pääsääntöisesti testattavien suoritusajat kulkevat linjassa. Mikäli testattava suoritti SPPB:n kävelytestin neljän pisteen arvoisesti, oli hänen suoritus myös TUG-testissä sujuva.



Kuvio 7. Lyhyen fyysisen suorituskykytestistön kävelytestin ja Timed up and go -testin korrelaatio.

5.4 Tasapaino ja kaatumishuolestuneisuus

Lyhyen fyysisen suorituskyvyn testistön tasapaino-osuudessa 53,6 % (n=15) pysyi tandem-seisonnassa täydet kymmenen sekuntia ja sai neljä pistettä. Loput testattavista sijoittuivat tasaisesti muihin pisteytysluokkiin (kuvio 8). Tandem-seisonnassa tasapainon pystyi säilyttämään 3,00 – 9,99 sekunnin ajan 17,9 % (n=5) testattavista, joten he saivat kolme pistettä. Puolitandem-asennossa sekä jalat rinnakkain 10 sekuntia pysyi molemmissa asennoissa 10,7 % (n=3). Pisteittä testissä jäi 7,1 % (n=2). He pystyivät seisomaan jalat rinnakkain alle kymmenen sekuntia tai testi oli mahdotonta suorittaa.



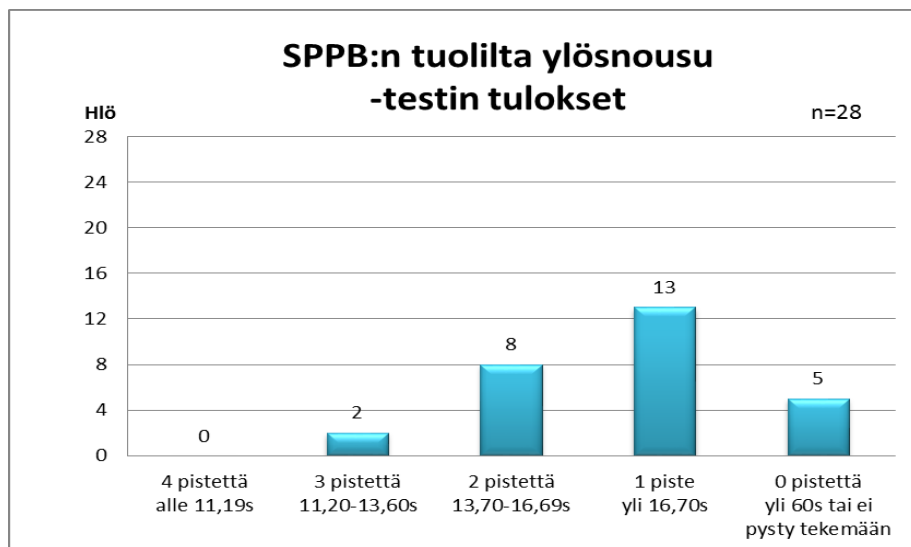
Kuvio 8. Lyhyen fyysisen suorituskyvyn testistön tasapainotestin pistemäärät ja pisteluokitukset.

Tutkimukseen osallistuneista 25 % (n=7) oli kaatunut viimeisen vuoden aikana. Syynä kaatumiseen mainittiin ulkona liukastuminen, kaatuminen seisomaan noustessa sekä kaatuminen sisällä jostakin syystä. Yhden henkilön kaatumisen syytä ei ollut tiedossa. Tutkimustilaisuudessa tiedusteltiin aluksi myös kaatumishuolestuneisuutta. Osallistujista kaksi vastasi kysymykseen myönteisesti ja heille tehtiin FES-I-FIN -kysely. Toinen osallistujista sai 46 / 64 pistettä. Toiselle kaatumishuolestuneisuutta kokevalle kysely aloitettiin, mutta

kyselyn edetessä huomattiin huolestuneisuuden ilmenevän aina suurena tuen (esimerkiksi kaide tai rollaattori) puuttuessa olosuhteista tai paikasta riippumatta. Mikäli tilanteessa oli mahdollista saada jostain tukea, huolestuneisuutta ei ilmennyt. Tämä kysely jätettiin kesken.

5.5 Alaraajojen lihasvoima

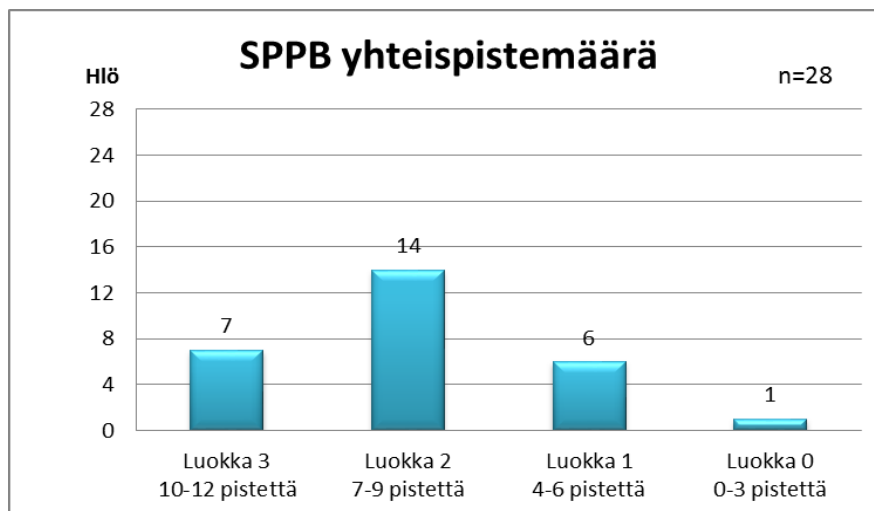
Lyhyen fyysisen suorituskyvyn testistössä alaraajojen lihasvoimaa tutkittiin tuolilta ylösnousulla viiden kerran toistosuorituksena. Testitulosten mukaan testattavien alaraajojen lihasvoima on heikentynyt. Kukaan testatuista ei saanut maksimipistemäärää eli eivät pystyneet tekemään viittä seisomaan nousua yläraajat rinnalle ristittyinä alle 11,19 sekunnin (kuvio 9). Testatuista 7,1 % (n=2) sai kolme pistettä ja pystyi tekemään suorituksen ajallisesti 11,20 – 13,60 sekunnin välillä. Testatuista 28,6 % (n=8) sai tulokseksi kaksi pistettä ja nousi istumasta seisomaan viisi kertaa ajassa 13,70 – 16,69 sekuntia. Suurin osa testatuista eli 46,4 % (n=13) sai yhden pisteen. Heidän suorituksensa kesto oli yli 16,70 sekuntia. Näiden lisäksi testatuista 17,9 % (n=5) ei päässyt tuolilta ylös viittä kertaa ilman yläraajojen kevyttä tai voimakasta tukea alaraajoista.



Kuvio 9. Lyhyen fyysisen suorituskvytestistön tuolilta ylösnousu -testin pistemäärät ja pisteluokitukset.

5.6 SPPB osa-alueiden pistevertilu

Lyhyen fyysisen suorituskyvyn testistön kolmen osion yhteispistemäärät on luokiteltu neljään luokkaan (kuvio 10). Testistön suoritti koko kohdejoukko eli 28 henkilöä. Viitearvojen mukaan asetettuun ylimpään luokkaan (10 – 12 pistettä) sijoittui seitsemän henkilöä. Seuraavaan luokkaan sijoittui 14 henkilöä yhteispistemäärällä 7 – 9 pistettä. Näillä henkilöillä on lähes kaksinkertainen riski toimintakyvyn heikkenemiseen seuraavan neljän vuoden aikana verrattuna niihin, jotka saavat 10 – 12 pistettä. Mikäli summapistemäärä on 4 – 6, riski on vastaavasti jo viisinkertainen. (Toimia 2014, Guralnik ym. 1995.) Tähän luokkaan sijoittui kuusi henkilöä. Lisäksi yksi henkilö sai alle neljä pistettä.



Kuvio 10. Lyhyen fyysisen suorituskyvyn testistön yhteispistemäärät ja pisteluokitukset.

5.7 Kokemuksia omasta toimintakyvystä

Haastattelu toteutettiin kuudelle tutkittavalle. Haastateltavilta kysyttiin heidän subjektiivisia kokemuksia toimintakyvystään haastatteluhetkellä sekä millaisena he näkevät toimintakykynsä olevan vuoden kuluttua. Haastattelutilanteessa toimintakyky määriteltiin haastateltaville seuraavasti: toimintakyvyllä tarkoitetaan selviytymistä päivittäisistä toimista, fyysistä kuntoa tai suorituskkyä sekä vammojen ja sairauksien puuttumista.

Vastaukset nykyisestä koetusta toimintakyvystä jaettiin kolmeen luokkaan. Luokat ovat 1) toimintakyky heikentynyt, 2) toimintakyky heikentynyt, mutta tutkittava kokee toimintakykynsä edelleen hyväksi ja 3) hyvä toimintakyky. Kaksi vastaajista ilmoitti toimintakykynsä heikentyneen. Toimintakyvyn koettiin heikentyneen erilaisten vaivojen vuoksi, kuten esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinvaivojen ja ylipainon vuoksi tai kykenemättömyydestä ennen onnistuneisiin vaativiin tehtäviin.

”Kohtalainen. En mä enää mitään tee siellä omakotitalossa, en mee enää katolle.”

Luokkaan kaksi kategorisoitiin kaksi vastausta. Vastausten mukaan toimintakyvyn heikkeneminen näkyy toiminnan hidastumisena, mutta vastaajat kokevat pärjäävänsä arjessa ongelmitta.

”Ei juosta enää kuin pikkupojat - -. Kotona arjessa pärjätään.”

Myös luokkaan kolme kategorisoitiin kaksi vastausta. Vastaajat kokivat olevansa tyytyväisiä toimintakykyynsä.

”Aika hyväksi. Et mää olen oikeen tyytyväinen siihen, et mitä mä pystyn vielä.”

Vastaukset oletetusta toimintakyvystä vuoden kuluttua jaettiin kolmeen luokkaan. Luokiksi määriteltiin 1) toimintakyky heikentynyt nykyisestä, 2) toimintakyky ennallaan ja 3) ei osaa määritellä tulevaa toimintakykyään. Heikentyneen toimintakyvyn luokkaan (luokka 1) kategorisoitiin yksi vastaus.

”Mä ajattelisin, että vähän olis menny huonnomaks. Mut toivoisin, et olisin samassa kunnossa kuin nyt.”

Luokkaan kaksi kategorisoitiin kolme vastausta. Vastajaat näkevät toimintakykynsä pysyvän ennallaan, mikäli terveydentilaan ei tule yllättäviä muutoksia.

”Niin tuota, jos se samalla tavalla jatkuu, niin ei vuosi kovin paljon vaikuta. Kun nyt tiedetään, että on semmoinen sydänvika, se on arvaamatonta.”

Kaksi vastaajista ei osannut arvioida vuoden kuluttua olevaa toimintakykyään (luokka 3). Vastauksista korostui toive omatoimisuudesta ja toimintakyvyn ennallaan säilymisestä.

”Siihen on hyvin vaikea vastata. Toivon, että olis omatoiminen silloin.”

5.8 Kokemuksia ja kehittämisideoita Hulvelan Helmen veteraanipalveluista

Tämän opinnäytetyön yhtenä osa-alueena oli selvittää haastattelulla raisiolaisten sotaveteraanien kokemuksia Hulvelan Helmen veteraanipalveluista. Lisäksi haastateltavilta kysyttiin kehittämisideoita palveluihin.

Kaikki vastaajat osasivat mainita muutamia Hulvelan Helmen tarjoamia tai sen kautta saatavia palveluita. Yleisimmin mainitut palvelut olivat mahdollisuus asioida veteraaniasioista vastaavan työntekijän kanssa kasvotusten tai puhelimitse sekä Raison Sotaveteraanit ry:n järjestämät Kotikorsu-tilaisuudet Hulvelan palvelukeskuksen tiloissa. Lisäksi palveluina mainittiin hieronta, hotelliloma, Hulvelan palveluopas, jalkahoito, jumpparyhmä, kuntoutus, ohjaus kotihoitoon, palvelusetelit, ruokailumahdollisuus sekä uintivuoro.

Hulvelan Helmessä on viikoittain kolmen tunnin mittainen sotaveteraanien asioiden hoitoon tarkoitettu vastaanottoaika. Vastajaista kolme oli tietoisia

vastaanottoajasta ja heistä kaksi kertoi käyttäneensä tätä aikaa. Kaikki vastaajat olivat kuitenkin asioineet veteraaniasioista vastaavan työntekijän kanssa joko vastaanottoajan puitteissa tai sen ulkopuolella.

Kysyttäessä mielipiteitä Hulvelan Helmen veteraanipalveluista, vastaukset olivat pääosin positiivisia. Selkeästi palveluihin tyytyväisiä oli vastaajista neljä. Vastaajista yksi ei osannut kertoa mielipidettään ja yksi vastaajista koki, etteivät tällä hetkellä tarjotut palvelut ole olleet hänelle tarpeellisia.

Valtiokonttorin avusteisia kuntouksia ovat käyttäneet kaikki vastaajat. Fysioterapiaa kertoi saaneensa neljä henkilöä ja jalkahoitoa viisi henkilöä. Laitoskuntoutukseen on puolestaan osallistunut viisi henkilöä. Yksi henkilö on voinut käyttää useampaa eri kuntoutusmuotoa viime vuosien aikana.

Vuonna 2013 Hulvelan Helmi jakoi raisiolaisille sotaveteraaneille kaksi 60 euron palveluseteliä Valtiokonttorin myöntämästä määrärahasta. Kaikki vastaajat ilmoittivat käyttäneensä seteleitä. Viisi vastaajista käytti seteleitä siivouspalveluun ja yksi käytti setelit fysioterapiaan. Palvelusetelit koettiin tarpeellisiksi. Vain yksi vastaaja kertoi, että pärjäisi ilmankin seteleitä.

Haastateltavilta kysyttiin mitä palveluja tai toimintaa he kaipaisivat lisää tai miten Hulvelan Helmen palveluja voisi kehittää. Vastauksiksi saatiin erilaisia palvelu- ja aktiviteetti-ideoita. Esille tulleita kehittämisideoita olivat kauppapalvelu, kerran viikossa kokoontuva jumpparyhmä, kunnon lääkärin tarkastus kerran vuodessa ja ikäihmisten yhdessäoloa. Yksi vastaajista koki veteraanien tarvitsevan muutakin kuin jumpparyhmiä, esimerkiksi psykososiaalista kuntoutusta ja yksi vastaajista ei kaipaa uusia aktiviteetteja tai palveluja.

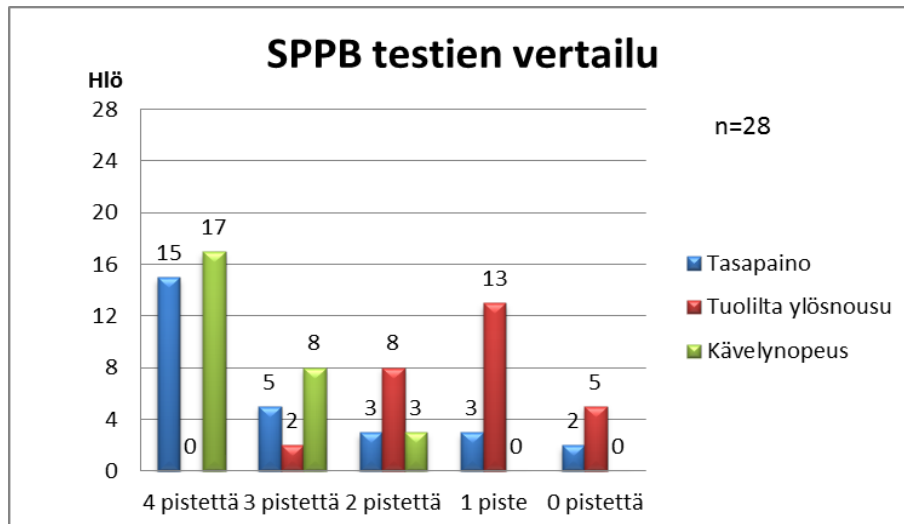
6 JOHTOPÄÄTÖKSIÄ TULOKSISTA

Opinnäytetyössä käytetyillä mittareilla haluttiin kartoittaa raisiolaisten sotaveteraanien fyysistä toimintakykyä. Haastatteluosuudella selvitettiin kokemuksia ja kehittämis ehdotuksia Hulvelan Helmen veteraanipalveluista. Tuloksia tarkasteltaessa havaittiin yhdensuuntaisia tuloksia.

6.1 Lisää lihasvoimaa alaraajoihin

Lyhyen fyysisen suorituskyvyn testistössä (SPPB) alaraajojen lihasvoimaa mittaavassa osuudessa kukaan testattavista ei suorituksellaan yltänyt viitearvojen mukaiseen korkeimpaan pistemäärään (kuvio 11). Barthel-indeksissä yleisimmät pistemenetykset tulivat kysymyksissä koskien kävelyä tasamaalla ja kävelyä portaissa. Nämä molemmat tulokset viittaavat alaraajojen heikentyneeseen lihasvoimaan. Liikkumiskyvyn yhtenä edellytyksenä onkin riittävä voimantuotto alaraajoissa (Sipilä ym. 2008, 114).

SPPB:n eri osioita vertaillen osallistujat saivat pääsääntöisesti korkeita pistemääriä tasapaino- ja kävelynopeustesteistä. Tuolilta ylösnousu -testissä pistemäärät jäivät selkeästi alhaisemmiksi. Tämän perusteella voidaan todeta, että tutkittavien staattinen tasapaino kapealla tukipinnalla ja liikkumiskyky ovat viitearvojen mukaan kohtuullisella tasolla, mutta alaraajojen lihasvoima on heikentynyt.



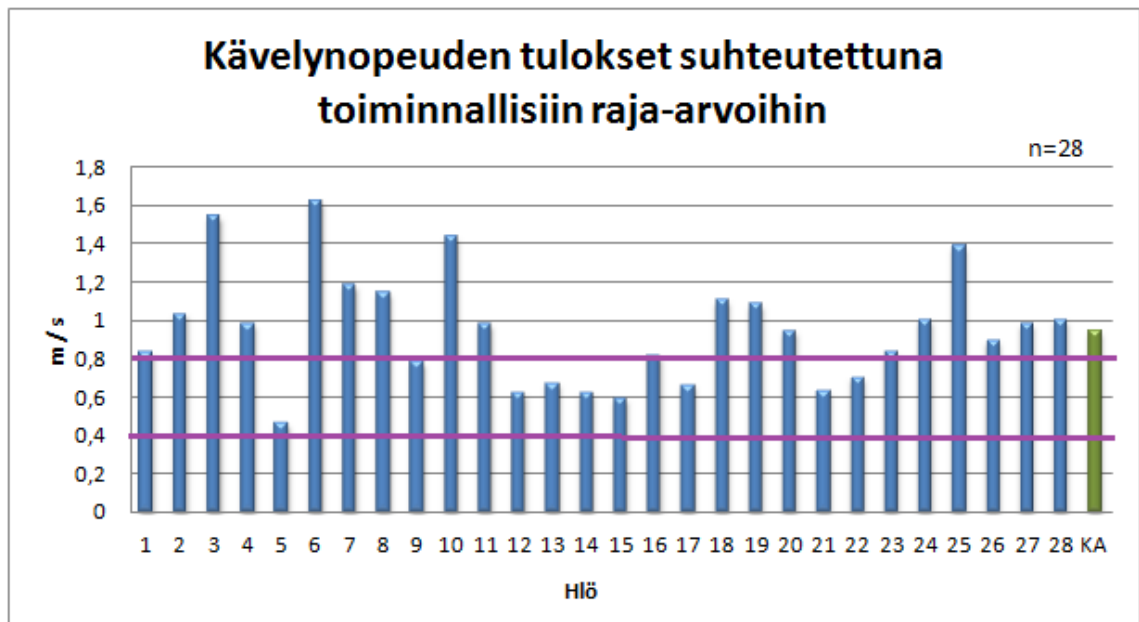
Kuvio 11. Lyhyen fyysisen suorituskyvyn testistön eri osien yhteispistemäärien vertailu.

Haastatteluosuudessa vastaajat kertoivat käyttäneensä sotaveteraaneille tarkoitetuista kuntoutuspalveluista jalkahoitoa, laituskuntoutusta ja / tai fysioterapiaa. Vastauksissa fysioterapian kuvailtiin sisältävän muun muassa runsaasti pehmytkudoskäsittelyä. Kaikki vastaajat mainitsivat saaneensa hierontaa kuntoutuspalveluissa. Koska lihasvoiman ylläpitäminen vaatii fyysistä aktiivisuutta, olisi tärkeää sisällyttää myös aktiivista harjoittelua sotaveteraaneille suunnattuun fysioterapiaan. Ikääntyneen lihasvoimaharjoittelun on todettu ehkäisevän ikääntymiseen liittyvää lihaskatoa sekä lisäävän luiden lujuutta. Lihasvoiman säilyminen edesauttaa päivittäisistä toiminnoista selviytymistä. (Terveyskirjasto 2014.) Haastattelussa tuli lisäksi ilmi konkreettinen toive aktiivisesta, säännöllisesti kokoontuvasta liikuntaryhmästä.

6.2 Riittävä kävelynopeus itsenäisen liikkumisen edellytyksenä

Lyhyen fyysisen suorituskyvyn testistön (SPPB) kävelynopeuden tuloksia tarkasteltaessa havaitaan kävelynopeuden perusteella kaikkien osallistujien pärjäävän kotona (kuvio 12). Kaikki testattavat kävelivät yli 0,40 m/s nopeudella. Testattavista 32,1 % (n=9) kävelynopeus oli 0,40 – 0,79 m/s eli heidän

kävelynopeus ei ole riittävä suojatien ylittämiseen vihreän valon aikana. 67,9 % (n=19) testattavan kävelynopeus ylitti 0,80 m/s eli riittävä ylittämään suojatie vihreän valon aikana. Tutkittavien keskinopeus oli 0,95 m/s. Alla oleva kuvio havainnollistaa kaikkien tutkittavien kävelynopeuden sekä sen kuinka moni tutkivista ylittää kotona pärjäämisen ja vihreällä valolla suojatien ylittämisen raja-arvot.



Kuvio 12. Kävelynopeuden tulokset suhteutettuna toiminnallisiin raja-arvoihin.

Helsingissä ja Tampereella on testattu liikennevaloissa niin sanottua pitkävihreän käyttöä lapsiryhmien liikkumisessa muun muassa etäluettavan kortin avulla. Pitkävihreällä tarkoitetaan jalankulkijan vihreää liikennevaloa, joka palaa tupla-ajan normaaliin vihreään valoon verrattuna. Risteyksessä korttia liikennevalotolpan tunnistusyksikölle vilauttaessa kortin haltija ”tilaa” pitkän vihreän. Suojatien ylittäminen on turvallisempaa ja suurempi lapsijoukko pääsee hallitusti tien yli. Samaa periaatetta on kokeiltu myös ikääntyneiden palvelutalon lähellä olevassa risteyksessä Helsingissä. Koulujen lähellä olevan pitkävihreän käyttöaste voisi olla suurempi. Ikääntyneelle ihmiselle kuitenkin se, ettei pääse suojatien yli jossakin tietyssä kohdassa reittiä, voi olla este lähteä itsenäisesti kodin ulkopuolelle esimerkiksi kauppaan tai kulttuurimenoihin, vaikka muuten toimintakyky siihen riittäisikin. (Liikennevalot.info 2014.)

6.3 Tasapainotaidoista varmuutta liikkumiseen

Tutkimustuloksista ilmeni, että suurinta osaa osallistujista ei huolestuta kaatuminen. Testatuista vain kahdelle toteutettiin kaatumishuolestuneisuuskysely. Koska tasapainon hallinnan vaikeus on yksi yleisimmistä kaatumisen syistä, vertailtiin tässä yhteydessä lyhyen fyysisen suorituskyvyn testistön (SPPB) tasapaino-osuutta ja kaatumishuolestuneisuutta (Suomen Fysioterapeutit 2013).

SPPB:n tasapaino-osuudesta selviää valtaosalla testattavista olevan viitearvoihin perustuen hyvä tasapaino. Testattavista 54 prosenttia sai testistä neljä pistettä eli maksimipisteet. Kotona selviytymisen ja kaatumisen ennaltaehkäisyyn vuoksi tasapainotaitojen ylläpitäminen on tärkeää myös tulevaisuuden kannalta.

6.4 Kehitysideoita veteraanipalveluihin

Haastattelussa mainittiin toiveena kauppapalvelu. Tällä tarkoitetaan apua kaupassa käyntiin joko asianomaisen apuna tai puolesta. Kauppapalvelu voisi olla hyvinkin vartenotettava ja tarpeellinen palvelu ikääntyneiden kotona asumisen tukemiseen. Tämän palvelun tarvetta tukevat myös IADL-asteikon tulokset. Asteikossa yleisimmät pistemenetykset tulivat kysymyksistä ostosten teosta ja ruoanvalmistuksesta.

Haastattelussa ilmeni myös ajatus siitä, että veteraaneille olisi hyvä olla tarjolla muutakin kuin fyysistä kuntoutusta. Hanhela (1995, 161) toteaaakin väitöskirjassaan, että jo vuonna 1995 on ymmärretty sosiaalisen ja psyykkisen kuntoutuksen tarve. Näiden kaikkien kolmen, fyysisen, sosiaalisen ja psyykkisen osa-alueen, yhteistuloksena voitaisiin tarjota veteraaneille laadukasta ja tarpeellista kuntoutusta.

Tutkimuksen haastatteluosuudesta kävi ilmi toive ikääntyneille suunnatuista ryhmistä. Toivottiin vanhusten yhdessäoloa sekä jumpparyhmää. Hulvelan

Helmi tarjoaa jo nyt ikääntyneille laajan kirjon erilaista ryhmätoimintaa. Tarjolla on muun muassa kuntosaliryhmiä, tuolijumppaa, bingoa, käsityökerhoa ja tietokoneinfoa. Onko tieto monipuolisesta ryhmätoiminnasta saavuttanut kohdejoukon, jolle ne ovat suunnattu? Miten tiedotusta voisi parantaa entisestään? Aina ei toki aktiviteettia kaipaavalle riitä tieto ryhmän olemassaolosta vaan osallistuja tarvitsee myös runsaasti rohkeutta saapua paikan päälle. Myöskään tieto veteraaniasioiden viikoittaisesta palveluajasta ei ollut tavoittanut kaikkia haastatteluun osallistuneita. Kuitenkin kaikki olivat tietoisia siitä, että Hulvelan Helmestä saa tietoa veteraanien palveluista ja etuuksista. Kaikki olivat asioineet asioista vastaavan työntekijän kanssa joko puhelimitse tai kasvotusten. Koko kohdejoukosta lähes kaikki tiesivät työntekijän ja monet osasivat jopa mainita hänet nimeltä. Työntekijä koettiin helposti lähestyttäväksi ja veteraanien kanssa keskustellessa tuli tunne hänen työnsä arvokkuudesta.

7 POHDINTA

7.1 Opinnäytetyöprosessi

Tämä opinnäytetyö valmistui kevään 2013 ja syksyn 2014 välisenä aikana. Toimeksianto saatiin toukokuussa 2013. Kiinnostuimme aiheesta muun muassa sen ajankohtaisuuden vuoksi. Ikääntyneiden osuus fysioterapian asiakaskunnassa tulee tulevaisuudessa korostumaan entisestään. Omassa kodissa mahdollisimman pitkään selviytyminen itsenäisesti tai kotihoidon turvin on taloudellisesti edullisempaa kuin laitoshoido ja siksi kotona asumista yhteiskunta edellyttää jatkuvasti entistä voimakkaammin. Työn myötä perehdyimme kotona selviytymisen edellytyksiin. Tarkastelun kohteena oli fyysinen toimintakyky sekä se, millainen fyysisen toimintakyvyn tulee henkilöllä olla pärjätäkseen kotona.

Ihmisiä tulee aina ajatella kokonaisuutena eikä siksi psyykkistä ja sosiaalista puolta saa unohtaa. Vaikka ikääntyneellä fyysinen toimintakyky olisikin vielä hyvä ja toiminnot kotona itsenäisesti onnistuisivat, tulee henkilön pystyä osallistumaan hänelle tärkeisiin asioihin myös kodin ulkopuolella. Ympäristöllä on suuri merkitys ikääntyneen osallistumisen mahdollistamiseen. Tähän yhteiskunta pystyy paljon vaikuttamaan esimerkiksi rakentamalla esteettömiä kauppa- tai liikuntakeskuksia tai järjestämällä monipuolista mielekästä päivätoimintaa. Tämä vuoksi oli hienoa olla apuna kehittämässä Hulvelan Helmen palveluja entistä kattavimmiksi ja helpommin saavutettavammiksi tämän tutkimuksen kohdejoukolle. Sotaveteraanit ovat elämänsä aikana selviytyneet monista vastoinkäymisistä ja heidän ikäluokkansa on tottunut tulemaan toimeen vähällä. Testaustilanteissa veteraanien kanssa jutellessa monen kohdalla kuulsikin läpi halu pärjätä itsenäisesti. Tämä saattaakin näkyä juuri siinä, että kaikki tarjolla olevat palvelut eivät ole tavoittaneet heitä Koska varsinaista tarvetta palveluille ei ole tai veteraani kokee pärjäävänsä ilmenten, ei palveluita aktiivisesti pyydetä. On myös mahdollista, että kaikista palveluista ei olla tietoisia.

Toimeksiantosopimus allekirjoitettiin joulukuussa 2013 suunnitelmaseminaarin jälkeen. Tällöin aloitettiin myös yhteistyö Raision Sotaveteraanit ry:n sekä Raision kotihoidon fysioterapeutin kanssa. Työn aihe esiteltiin Raision Sotaveteraanit ry:n järjestämässä Kotikorsu-tilaisuudessa, jossa kerrottiin tutkimuksen tavoitteista ja toteutuksesta suoraan kohdejoukolle. Tilaisuudessa oli mukana vain murto-osa kohdejoukosta, mutta silti koettiin, että tilaisuudessa esiintyminen saattoi vaikuttaa positiivisesti osallistumisprosenttiin. Näin testaajat ja menetelmät tulivat hieman tutuimmiksi kohdejoukolle. Tämä saattoi madaltaa kynnystä lähteä kotoa testaustilaisuuteen.

Testaus- ja haastattelutilaisuudet järjestettiin vuoden 2014 helmi- ja maaliskuun aikana. Koska kotikäynteihin ei tämän tutkimuksen osalta resursseja ollut, testit päätettiin toteuttaa Raisiossa Hulvelan palvelukeskuksen tiloissa. Näin kenellekään kohdejoukkoon osallistuvalla matka testaustilaisuuteen ei muodostunut kohtuuttoman pitkäksi. Osallistujat saapuivat paikalle kävellen, omalla autolla tai taksikyydein. Suurimmalle osalle paikka oli myös entuudestaan tuttu ja tämänkin seikan katsottiin tukevan paikan valintaa. Lisäksi tilat kooltaan ja varusteluiltaan sopivat testien tekoon ja ne saatiin käyttöön maksutta. Testaustilaisuuksissa Hulvelan Helmi tarjosi osallistujille kahvit ja keksit.

Testaustilaisuuksien jälkeen suoritettiin aineiston analyysiä ja työstettiin teoreettista viitekehystä. Tiedonhaku suoritettiin sähköisiä tietokantoja sekä aiheeseen liittyvää kirjallisuutta hyödyntäen. Hakusanoina käytettiin muuan muassa ikääntynyt, sotaveteraani, fyysinen toimintakyky, päivittäiset toiminnot, kotona pärjääminen, physical activity, elderly, war veteran, activities of daily living, assessment of physical functionality ja ability to live at home, sekä näiden yhdistelmiä. Lisäksi hakusanoina käytettiin testien nimiä.

Viitekehysseminaari pidettiin toukokuussa 2014. Kesän ja syksyn aikana jatkettiin kirjoitusprosessia, analysoitiin tulokset sekä kirjoitettiin pohdintaosuutta. Työn raportointi ja valmiin työn palautus tapahtui suunnitellusti lokakuussa 2014. Toimeksiantajalle ja tutkimuksen kohderyhmälle työ tullaan

raportoimaan joulukuussa 2014 Raision Sotaveteraanit ry:n Kotikorsutalaisuudessa.

Koko opinnäytetyöprosessi kesti puolitoista vuotta. Vaikka aika oli pitkä, jälkikäteen tuntui, että aika meni nopeasti. Eniten työtunteja kului testaustilaisuuksien suunnittelun ja toteutuksien ohella ehdottomasti raportointivaiheeseen. Nyt jälkikäteen voidaan todeta, että loppuvaiheen työmäärää olisi saanut helpotettua vielä paremmalla suunnitteluvaiheella. Aiheesta tehtyihin tutkimuksiin ja haastattelumuotoihin olisi pitänyt tutustua vielä tarkemmin, jotta tämä työ valmistuttuaan palvelisi entistä paremmin palveluiden kehittämistyössä.

7.2 Aineistonkeruumenetelmät

Jo ensimmäisen testaustilaisuuden aikana huomattiin, että pelkkä postitettu kutsukirje ei riitä kohdejoukon saavuttamisessa. Tähän saattoi vaikuttaa muun muassa kutsuttujen ikä, sairaudet, muistiongelmat, kirjeen katoaminen muun postin joukkoon tai kirjeen sivuuttamisen helppous. Heti ensimmäisenä testipäivänä testeistä poisjääntejä tapahtui runsaasti. Tästä johtuen päätettiin soittaa kerran kaikille kutsutuille ja puhelimitse varmistaa testausajan sopivuus sekä tiedustella myös mahdollisen poisjäännin syytä. Tästä oli hyötyä opinnäytetyön onnistumisen kannalta, koska testausaikoja vaihtamalla saatiin osallistumisprosentti suuremmaksi ja testeistä kieltäytyneiltä arvokasta tietoa poisjäännin syistä.

Tutkimukseen valitut mittarit ovat laajasti käytössä Raisiossa ja siksi ne valikoituivat myös tämän tutkimuksen aineistonkeruumenetelmiksi. Kaikki testit olivat kenttäolosuhteissa helppoja valmistella, suorittaa ja toistaa. Koska testejä on käytetty yleisesti Raisiossa vastaavalle kohderyhmälle jo aiemmin, ei suunnitteluvaiheessa koettu testien pilotoinnin olevan tarpeen. Jälkikäteen voidaan kuitenkin pohtia pilotoinnin vaikutusta, olisiko se paljastanut testeistä jotain uutta ja olennaista, jonka seurauksena testejä olisi vaihdettu. Mikäli

tutkimuksessa käytettävät mittarit olisi valittu ”puhtaalta pöydältä” esimerkiksi muihin tutkimuksiin perustuen, olisiko päädytty samoihin testeihin?

Tässä työssä testajina toimi kolme fysioterapiaopiskelijaa. Testit eivät olleet entuudestaan kaikille tuttuja, joten niihin liittyvät ohjeet, käytännön suoritukset sekä pisteytykset käytiin tarkasti läpi tulosten reliabiliteetin ja validiteetin säilyttämiseksi. Kaikilla testajilla oli kokemusta mittaamisesta ja toimintakyvyn arvioinnista sekä ikääntyneiden kanssa toimimisesta, mikä voidaan ajatella tämän opinnäytetyön eduksi. Koska testejä suoritti yhtä aikaa kaksi testattavaa ja testajaa, yhden testajan kirjatessa tuloksia koneelle, testausprosessi oli myös ajankäytön näkökulmasta tehokas. Eriarvoisuutta mittaajien välillä pyrittiin välttämään parhaimmalla mahdollisella tavalla. Inhimillisten virheiden mahdollisuus on kuitenkin aina olemassa, mutta tulosten analysointivaiheissa tällaisesta syystä johtuvia virheitä ei havaittu. Testit toteutettiin kahdessa samankaltaisessa tilassa, joissa kaikki häiriötekijät (melu, kuumuus, kylmyys pimeys) pyrittiin testien ajaksi minimoimaan. Koska mittarit ovat reliaabeleita eli toistettavissa olevia, pystytään nämä mittaukset tarpeen tullen uusimaan ilman tämän tutkimuksen toteuttajien läsnäoloa (Kananen 2014, 147). Toimintakyvyn arviointiin iäkkäillä ihmisillä liittyy usein myös erilaisia sairauksia ja rajoituksia, kuten esimerkiksi näön, kuulon tai muistin heikentymistä, mitkä saattavat vaikuttaa tiedon luotettavuuteen (Laukkanen 2008, 295). Näitä seikkoja ja niiden vaikuttavuutta on tässä tutkimuksessa hankala arvioida.

Tutkimusjoukon päivittäisistä askareista ja kotona selviytymistä tutkittiin IADL-asteikkoa sekä Barthel-indeksiä apuna käyttäen. Molemmat testit suoritettiin kyselemällä. Mittareiden vastaukset perustuvat tutkittavan omaan kertomaan, omiin kokemuksiin sekä omaan tulkintaan toiminnoista selviytymisessä. Laukkasen (2008, 296) mukaan tulokseen vaikuttaa, selvitetäänkö mitä henkilö kykenee tekemään tai mitä hän todella arjessaan tekee. Tieto olisi entistä luotettavampaa, mikäli toimintojen toteutuminen olisi kyselyn sijaan havainnoitu luonnollisessa toimintaympäristössä. Testien suorittamiseen kotikäynneillä ei kuitenkaan tämän tutkimuksen puitteissa ollut riittävästi resursseja. Kohdejoukon poisjääntiprosentti tutkimuksessa oli 44 ja yleisin poisjäännin syy

oli huonokuntoisuus. Olisiko kotikäynneillä kenties pystytty tavoittamaan testeistä poisjääneitä sotaveteraaneja ja näin ollen kasvattamaan tutkimukseen kutsuttujen osallistumisprosenttia? Voidaankin pohtia, saapuivatko testaustilaisuuteen ainoastaan niin sanotusti hyväkuntoiset sotaveteraanit ja ovatko testitulokset siksi kenties vinoutuneet?

Testitulosten analysointivaiheessa huomattiin muutamia haasteita. IADL-asteikossa käytetty dikotominen pisteytys tuotti ongelmia siinä, miten tuloksia vertailtiin ja miten tulokset työssä esitettiin kuvaavasti. Koska kysytystä toiminnosta selviytyminen antoi testattavalle täyden yhden pisteen, useat testattavat saivat kokonaispistemääräksi saman tuloksen, vaikka suoritusten laaduissa saattoi kuitenkin olla suuriakin eroja. Näin ollen toiminnanvajaukset eri osa-alueilla eivät ilmene parhaalla mahdollisella tavalla testituloksista. Tästä johtuen tulokset-osiossa päädyttiin kuvion avulla havainnollistamaan ne toimintakyvyn osa-alueet, joissa vastaajilla oli eniten ongelmia. Parhaiten IADL-asteikko palvelee silloin, kun testattavalle tehdään seurantamittaukset ja voidaan verrata tuloksien muutoksia. Barthel-indeksin heikkoudeksi havaittiin, ettei se poimi lievistä vaikeuksista kärsiviä henkilöitä. Lievät vaikeudet eivät näy pistemäärässä. Barthel-indeksin tulokset eivät kuitenkaan olleet huomattavan erilaiset muihin tutkimustuloksiin verrattuna, joten tuloksia voidaan pitää luotettavina ja tähän kontekstiin sopivina. Lyhyen fyysisen suorituskvyn testistössä (SPPB) suomalaisille suunnitellut viitearvot olisivat antaneet kenties luotettavamman tuloksen, mutta niitä ei ole saatavilla.

Tutkimuksen laadullinen osio, haastattelu, toteutettiin kuudelle henkilölle. Heidät ja heidän varahenkilönsä arvottiin. Tämä oli tasapuolista kaikkia osallistujia kohtaan. Varahenkilöt tulivat tarpeeseen, koska varsinaisista haastatteluun arvotuista henkilöistä 50 prosenttia osallistui tutkimukseen. Suurempi haastateltavien joukko olisi kenties monipuolistanut tuloksia. Haastattelussa käytettiin tätä tutkimusta varten tehtyä haastattelulomaketta. Perehtymällä paremmin jo suunnitteluvaiheessa eri haastatteluvaihtoehtoihin, olisi tässä työssä kenties päädytty eri haastattelutyyppeihin ja erilaiseen lomakkeeseen. Olisivatko erilaiset kysymykset antaneet nyt saatuihin vastauksiin verrattuna

erilaisia vastauksia? Koetun toimintakyvyn luokittelu koettiin vastausten analysointivaiheessa haastavaksi. Toisaalta oli myös mielenkiintoista havaita, miten eri tavalla fyysinen toimintakyky koetaan. Toinen saattoi olla hyvinkin tyytyväinen toimintakykynsä, mikäli vain pystyy asumaan kotona ja selviytymään arkiaskareista itsenäisesti. Toinen taas koki pystymättömyyden tunnetta, vaikka arkitoiminnot hoituvat ongelmitta, mutta ei kuitenkaan enää kykene ennen onnistuneisiin vaativiin töihin.

7.3 Eettiset ratkaisut

Tutkimuksen eettiseen perustaan kuuluu oleellisesti tutkittavien suoja. Tutkittavien suojalla tarkoitetaan, että tutkittava on tietoinen tutkimuksen tavoitteista, menetelmistä ja mahdollisista riskeistä. Tutkimustiedot tulee käsitellä luottamuksellisesti anonymiteetti säilyttäen työn raportointivaiheessa. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 131.) Kohdejoukkoon kuuluvien raisiolaisten sotaveteraanien yhteystiedot saatiin Hulvelan Helmen veteraaniasioista vastaavalta työntekijältä ja kutsukirjeet kohdejoukolle lähetettiin Raision kaupungin kirjekuorissa. Kutsukirjeessä kerrottiin muun muassa vapaaehtoisesta osallistumisesta tutkimukseen, anonymiteetin säilyttämisestä raportointivaiheessa sekä tulosten asianmukaisesta hävittämisestä tutkimuksen jälkeen.

Kaikki opinnäytetyöprosessin aikana tehdyt päätökset on ajateltu eettisyyden näkökulmasta. Tutkijoiden on toimittava vastuutuntoisesti ja osallistujan hyvinvointi on turvattava tutkimuksen aikana. Tutkimuksen aluksi tulee pyytää vapaaehtoinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 131.) Kaikilta tutkimukseen osallistujilta kysyttiin kirjallisesti lupa testaukseen sekä tuloksien kirjaamiseen Effica-potilastietojärjestelmään palveluiden mahdollista tulevaa tarvetta varten. Osallistujista yksi ei antanut lupaa kirjaamiseen. Kirjaamisesta potilastietorekisteriin vastasi Raision kotihoidon fysioterapeutti. Kuudelta haastatteluosuuteen osallistuvalla pyydettiin kirjallinen suostumus haastattelutilanteen äänittämiseen. Tähän

opinnäytetyöhön liittyvä materiaali hävitetään asianmukaisella tavalla työn valmistuttua.

7.4 Kehitysehdotukset ja opinnäytetyön merkitys fysioterapialle

Tässä tutkimuksessa kohderyhmänä olivat raisiolaiset sotaveteraanit, jotka eivät kuulu säännöllisten hoito- ja hoivapalveluiden piiriin. Tuloksia ei voida suoraan yleistää koko kyseessä olevalle ikäryhmälle kohdejoukon pienuuden vuoksi. Olisi mielenkiintoista jatkaa tutkimusta laajentamalla kohdejoukko koko kyseistä ikäluokkaa tai koko Suomen veteraaneja kattavaksi ja selvittää, olisivatko tulokset samansuuntaisia.

Tutkimuksen haastatteluosuutta analysoitaessa havaittiin saadun fysioterapian sisällön olevan haastateltavien mukaan pitkälti hierontaa. Sitä, onko asia todellisuudessa näin, tämä tutkimus ei paljasta. Olisikin mielenkiintoista tutkia asiaa tarkemmin ja selvittää mitä sotaveteraaneille myönnettävä laitospäästös tai fysioterapia sisältää. Tärkeää olisi myös selvittää, onko palvelujen sisältö juuri kohdejoukolle soveltuvaa, tehokasta ja tämän hetkisten fysioterapiakäytäntöjen mukaisia.

Vaikka tämän tutkimuksen kohderyhmänä ovat hoito- ja hoivapalveluiden piiriin kuulumattomat sotaveteraanit, on mahdollista, että tulevaisuudessa he tarvitsevat esimerkiksi kotihoidon palveluita. Raisiossa kotihoidon työryhmään kuuluu myös fysioterapeutti. Tämä on erityisen tärkeää laitospaikkojen vähentyessä ja kotihoidon asiakaskunnan kasvaessa. Jotta kotona asuminen onnistuu mahdollisimman pitkään, pitää fyysisen toimintakyvyn pysyä riittävän hyvänä.

Fysioterapeutin työnkuvaan kotihoidossa kuuluu muun muassa asiakkaan asuinympäristön ja fyysisen toimintakyvyn arviointi. Riittävätkö tällä hetkellä resurssit ainoastaan arvioivaan työhön vai jääkö aikaa myös itse terapialle? Fysioterapeuttia olisi hyvä hyödyntää kotihoidon henkilökunnan koulutuksessa. Hän voisi muun muassa tuoda oman näkökulman siihen, miten asiakasta voi aktivoida ja kannustaa toimimaan aktiivisemmin omassa asuinympäristössään.

Koska työ kotihoidossa on raskasta ja vaatii fyysistä ponnistelua, voisi fysioterapeuttien ammattitaitoa hyödyntää myös kotihoidon työntekijöiden oman ergonomian parantamisessa.

Fysioterapeutin rooli ikääntyneen ihmisen toimintakyvyn ylläpitämisessä on tärkeä. Fyysinen toimintakyky ja sen vajavuudet ilmenevät helposti jo päivittäisissä toiminnoissa. Tämän tutkimuksen perusteella raisiolaiset sotaveteraanit pärjäävät kotonaan. Erityisesti haastatteluista jäi positiivinen vaikutelma veteraanien kotona pärjäämisestä sekä heidän kokemastaan toimintakyvystä.

LÄHTEET

Bischoff, H.A.; Stähelin, H.B.; Monsch, A.U.; Iversen, M.D.; Weyh, A.; von Dechend, M.; Akos, R.; Conzelmann, M.; Dick, W. & Theiler, R. 2003. Identifying a cut-off point for normal mobility: A comparison of the timed 'up and go' test in community-dwelling and institutionalized elderly women. Oxford Journals. Viitattu 11.9.2014 <http://ageing.oxfordjournals.org/content/32/3/315>

Eloranta, T. & Punkanen, T. 2008. Vireään vanhuuteen. Helsinki: Tammi.

Guralnik, J.; Simonsick, E.; Ferrucci, L.; Glynn, R.; Berkman, L.; Blazer, D.; Scherr, P & Wallace R. 1994. A Short Physical Performance Battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. Journal of Gerontology 2/49. Viitattu 17.9.2014. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8126356>

Heini, A. 2012. Vammaisten henkilöiden terveyskäyttäytyminen ja koettu hyvinvointi. Turun yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Sosiaalitieteiden laitos. Sosiaalipolitiikka. Pro gradu –tutkielma. Viitattu 21.10.2014.

http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/90557/Gradu2012Heini_Annina.pdf?sequence=2

Jones, K. & Barker K.1996. Human Movement Explained. Edinburgh: Butterworth Heinemann.

Jyrkkä, P. 2013. MMSE-testin yhteys ikääntyneiden ihmisten välineellisiin päivittäistoimintoihin. Jyväskylän yliopisto. Liikuntatieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden laitos. Gerontologia ja kansanterveys. Viitattu 9.9.2014.

<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/41710/URN:NBN:fi:jyu-201306071921.pdf?sequence=1>

Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Juvenes Print.

Karppi, S-L. 2006. Vanhusten kaatumisten ehkäiseminen vaikuttavinta monialaisesti toteutettuna. Viitattu 7.12.2013. <http://www.suomenfysioterapeutit.fi> > Fysioterapia-lehti > Julkaisut > Vaikuttavaa vai ei? > Vanhusten kaatumisten ehkäiseminen vaikuttavinta monialaisesti toteutettuna.

Karppi, S-L. & Vaara, M. 2006. Hyvät mittauskäytännöt. Fysioterapia 6/2006, 20-21.

Laukkanen, P. 2008. Toimintakyky ja ikääntyminen – käsitteestä ja viitekehyksestä päivittäistoiminnoista selvitymisen arviointiin. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Duodecim. Keuruu: Otava.

Leinonen, R. 2008. Terveiden kokeminen. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Duodecim. Keuruu: Otava.

Liikennevalot.info 2014. Jalankulkijan suoja-aika. Viitattu 12.5.2014. <http://liikennevalot.info> > Jalankulkijan suoja-aika

Liikennevalot.info 2014. Lasten pitkävihreä. Viitattu 30.9.2014. <http://liikennevalot.info> > Lasten pitkävihreä Paciuksenkadulle

Lyyra, T-M.; Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. 2007. Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita.

Pajala, S. 2012. Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. IKINÄ-opas. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes print – Tampereen Yliopistopaino Oy.

Pajala, S.; Sihvonen, S. & Era, P. 2008. Asennon hallinta ja motorinen kyvykkyys. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Duodecim. Keuruu: Otava.

Pohjola, L. 2006. TOIMIVA-testit yli 75-vuotiaiden miesten fyysisen toimintakyvyn arvioinnissa. Väitöskirja. Kuopion yliopisto.

Raisio kaupunki 2013. Hulvelan ja Maunun Helmi. Viitattu 2.12.2013. <http://www.raisio.fi> > Palvelut A-Ö > Perhe- ja sosiaalipalvelut > Ikäihmisten palvelut > Hulvelan palvelukeskus > Hulvelan ja Maunun helmi

Raisio kaupunki 2013. Hulvelan palvelukeskus. Viitattu 2.12.2013. <http://www.raisio.fi> > Palvelut A-Ö > Perhe- ja sosiaalipalvelut > Ikäihmisten palvelut > Hulvelan palvelukeskus

Raisio kaupunki 2014. SAS-toiminta. Viitattu 22.1.2014. <http://www.raisio.fi> > Palvelut A-Ö > Perhe- ja sosiaalipalvelut > Ikäihmisten palvelut > SAS-toiminta

Sandström, M. & Ahonen, J. 2011. Liikkuva ihminen –aivot, liikuntafysiologia ja sovellettu biomekaniikka. Keuruu: Otava.

Shah, S.; Vanclay, F. & Cooper, B. 1989. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. J Clin Epidemiol 42, 703–709.

Sipilä, S.; Rantanen, T. & Tianen K. 2008. Lihasvoima. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Duodecim. Keuruu: Otava.

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes 2004. ICF. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Jyväskylä: Gummerus.

Sosiaaliportti 2014. Toimintakyvyn arviointi. Viitattu 12.5.2014. <http://www.sosiaaliportti.fi> > Vammaispalvelujen käsikirja > Työvälineitä > Arviointimenetelmiä > Toimintakyvyn arviointi

Sotiemme veteraanit 2013. Viitattu 8.12.2013 <http://www.sotiemmeveteraanit.fi>

Sundell, J. 2014. Ikiliikkujan lihaskunto- ja ravitsemusopas. Helsinki: Tammi.

Suomen Fysioterapeutit 2014. Fysioterapia ja fysioterapeutti. Viitattu 13.5.2014.

<http://www.suomenfysioterapeutit.fi> > Fysioterapia ja fysioterapeutti

Suomen Sotaveteraaniliitto ry 2013. Historia. Viitattu 2.12.2013. <http://www.sotaveteraaniliitto.fi>
> Tietoa liitosta > Historia

Suomen Sotaveteraaniliitto ry 2013. Tietoa liitosta. Viitattu 2.12.2013.

<http://www.sotaveteraaniliitto.fi> > Tietoa liitosta

Talvitie U.; Karppi S-L & Mansikkamäki Tarja 2006. Fysioterapia. Helsinki: Edita.

Terve suomi.fi 2014. Tasapaino- ja lihasvoimaharjoittelu pitävät ikääntyneen ihmisen pystyssä.

Viitattu 12.5.2014. <http://demo.seco.tkk.fi/terveysuomi/item/ktl:11942>

Terveyskirjasto 2014. Viitattu 22.9.2014. <http://www.terveyskirjasto.fi> > Haku: liikunta on lääke.

Terveyskirjasto 2014. Viitattu 22.9.2014. <http://www.terveyskirjasto.fi> > Haku: Voimaharjoittelu – ohje keski-ikäisille ja vanhemmille.

Therapia Fennica 2014. Viitattu 3.9.2014. <http://www.therapiafennica.fi>. Geriatria > Vanhus potilaana

THL 2014. Timed up and go. Viitattu 2.12.2014. <http://www.thl.fi> > pistetapaturmille.fi > iakkaat > ikina > arviointilomakkeet > Liikkumiskyvyn arviointi - Timed up and go, TUG

THL 2014. Timed up and go. Viitattu 2.12.2014. <http://www.thl.fi> > pistetapaturmille.fi > iakkaat > ikina > arviointilomakkeet > Lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö – lomake

Tilastokeskus 2014. Viitattu 11.5.2014. <http://www.tilastokeskus.fi> > Tilastot > Väestöt > Väestöennuste > Ennuste 65 vuotta täyttäneiden määrästä pienenee hieman

Tilvis, R.; Pitkälä, K.; Strandberg, T.; Sulkava, R. & Viitanen, M. 2010. Geriatria. Porvoo: WS Bookwell Oy

Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto 2014. Barthelin indeksi. Viitattu 3.5.2014. <http://www.toimia.fi> > TOIMIA- tietokanta > Mittarit > B > Barthelin indeksi > Soveltuvuus toimintakyvyn arviointiin iäkkään väestön hyvinvointia edistävien palveluiden yhteydessä

Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto 2014. IADL. Viitattu 3.5.2014. <http://www.toimia.fi> > TOIMIA- tietokanta > Mittarit > I > IADL > Soveltuvuus toimintakyvyn arviointiin iäkkään väestön hyvinvointia edistävien palveluiden yhteydessä

Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto 2014. SPPB. Viitattu 3.5.2014. <http://www.toimia.fi> > TOIMIA- tietokanta > Mittarit > S > SPPB > Soveltuvuus toimintakyvyn arviointiin iäkkään väestön hyvinvointia edistävien palveluiden yhteydessä

Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto 2014. Timed up and go. Viitattu 3.5.2014. <http://www.toimia.fi> > TOIMIA- tietokanta > Mittarit > T > Timed up and go- testi > Soveltuvuus toimintakyvyn arviointiin iäkkään väestön hyvinvointia edistävien palveluiden yhteydessä

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2011. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Tammi.

Töytäri, O.; Koistinen, A-K; Hiltunen, N. & Leivo, H. 2003. Liikkua. Teoksessa Salminen, A-L. (toim.) Apuvälinekirja. Tammer-Paino Oy.

UKK-instituutti 2013. Ikääntyminen ja liikunta. Viitattu 7.12.2013. <http://www.ukkinstituutti.fi> > Tietoa terveystoiminnasta > Liikkumaan > Aloittajan liikuntaopas > Ikääntyminen ja liikunta

UKK-instituutti 2014. Viitattu 7.5.2014. <http://www.ukkinstituutti.fi> > Ammattilaisille > Testaaminen > Kaatumispelkokysely

Valtiokonttori 2014. Viitattu 16.9.2014. <http://www.valtiokonttori.fi> > Korvauksen hakijalle > Sotainvalidit ja rintamaveteraanit

Vanhustyön osaajat 2014. Viitattu 30.11.2013. <http://www.vanhustyonosaajat.fi> > vanhustyonosaajat > mittarit > mittareita

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2014. Viitattu 16.9.2014. <http://www.vsshp.fi> > Ammattilaisille > Ohjepankki > Siirry ohjepankkiin > Tietoa kuntoutuksesta > Fysioterapia > Toimi- kansio > Timed up and go.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Tammi.

Voutilainen P. 2006. Toimintakyvyn ja elämänlaadun arviointi. Teoksessa Heimonen S-L, Voutilainen P. (toim.) Avaimia arviointiin. Dementoituvien kuntoutumista edistävä hoitotyö. Helsinki: Edita.

TIETOINEN SUOSTUMUS TESTAUKSEEN

Arvoisa sotaveteraani,

pyydämme ystävällisesti Teidän suostumustanne osallistua tutkimuksemme testaustilaisuuteen.

Testaus sisältää neljä eri testiä, joilla testataan tasapainoa, alaraajojen lihasvoimaa, liikkumiskykyä sekä suoriutumista päivittäisistä arjen toiminnoista. Testaajana toimii fysioterapiaopiskelija. Opinnäytetyön valmistuttua testaustulokset hävitetään. Opinnäytetyö toteutetaan anonyymisti eli Teidän nimitietojanne ei julkaista missään vaiheessa. Valmiista työstä ei ole mahdollista tunnistaa yksittäisiä henkilöitä.

Ymmärrän, että osallistun tähän tutkimukseen ja testaukseen täysin vapaaehtoisesti. Tuloksiani saa käyttää tämän opinnäytetyön materiaalina.

- ☐ Tulokseni saa kirjata Effica-potilastietojärjestelmään
- ☐ Tuloksiani ei saa kirja Effica-potilastietojärjestelmään

Paikka _____ Pvm ____/____ 2014

Allekirjoitus ja nimenselvennys

Barthel -indeksi

Toiminta	Kuvaus	Pisteet
1. Ruokailu	Itsenäinen	10
	Ruoka paloiteltava	5
	Avustettava	0
2. Tuolista vuoteeseen tai vuoteesta tuoliin siirtyminen (sisältää istumaan nousemisen vuoteesta)	Itsenäinen	15
	Vain vähän apua	10
	Kykenee istumaan, mutta täysin avustettava	5
	siirtymisessä	0
	Kykenemätön	0
3. Henkilökohtainen hygienia (kasvojen pesu, hiusten kampaaminen, parranajo, hampaiden harjaaminen)	Itsenäinen	5
	Avustettava	0
4. WC:ssä asiointi (vaatteet, pyyhkiminen, huuhtelu)	Itsenäinen	10
	Tarvitsee jatkuvasti apua	5
	Avustettava	0
5. Peseytyminen	Itsenäinen	5
	Avustettava	0
6. Kävely tasaisella maalla, tai jos ei mahdollista, pyörätuolilla liikkuminen	Itsenäisesti 50 m	15
	Avustettuna 50 m	10
	Pyörätuolilla 50 m	5
	Kykenemätön	0
7. Portaissa liikkuminen	Itsenäinen	10
	Tarvitsee apua	5
	Kykenemätön	0
8. Pukeutuminen (sisältää kengännauhojen solmimisen, kiinnitykset)	Itsenäinen	10
	Avustettava	5
	Kykenemätön	0
9. Suolen toiminta	Täysin pidätyskykyinen	10
	Osittain pidätyskykyinen	5
	Inkontinentti	0
10. Rakon toiminta	Täysin pidätyskykyinen	10
	Osittain pidätyskykyinen	5
	Inkontinentti	0
Pisteet yhteensä (max 100)		

IADL-ASTEIKKO

- | | |
|---------------------|--|
| 1. Puhelimen käyttö | <p>1 Käyttää puhelinta oma-aloitteisesti, etsii ja valitsee numerot</p> <p>1 Soittaa muutamiin hyvin tuntemiinsa numeroihin</p> <p>1 Vastaa puhelimeen, mutta ei soita</p> <p>0 Ei käytä puhelinta lainkaan</p> |
| 2. Ostosten teko | <p>1 Huolehtii itsenäisesti kaikista ostoksistaan</p> <p>0 Tekee itsenäisesti pieniä ostoksia</p> <p>0 Tarvitsee avustajan kaikilla ostoskäynneillä</p> <p>0 Täysin kykenemätön tekemään ostoksia</p> |
| 3. Ruoanvalmistus | <p>1 Suunnittelee, valmistaa ja tarjoilee asianmukaiset ateriat itsenäisesti</p> <p>0 Valmistaa asianmukaiset ateriat, jos tarveaineet on toimitettu valmiiksi</p> <p>0 Lämmittää ja tarjoilee valmiiksi tehdyt ateriat tai valmistaa ateriat, mutta ei ylläpidä riittävää ruokavaliota</p> <p>0 Tarvitsee valmiiksi tehdyt ateriat tarjoiltuna</p> |
| 4. Kodinhoito | <p>1 Hoitaa kodin yksin tai ajoittaisella ulkopuolisella avustuksella (esim. raskaat työt)</p> <p>1 Tekee kevyitä päivittäisiä kotitöitä kuten tiskausta, sängynpetausta</p> <p>1 Tekee kevyitä päivittäisiä kotitöitä, mutta ei pysty ylläpitämään riittävää siisteystasoa</p> <p>1 Tarvitsee apua kaikissa kodin ylläpitoon liittyvissä töissä</p> <p>0 Ei osallistu lainkaan kodinhoitotöihin</p> |

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 5. Pyykinpesu | <p>1 Pesee henkilökohtaisen pyykkinsä kokonaan itse</p> <p>1 Pesee pikkupyykin, huuhtelee sukkia, sukkahousuja jne.</p> <p>0 Kaikki pyykki on pestävä muiden toimesta</p> |
| 6. Liikkuminen
kulkuvälineillä | <p>1 Liikkuu itsenäisesti julkisilla liikennevälineillä tai ajaa omaa autoa</p> <p>1 Järjestää itse liikkumisen taksilla, mutta ei muuten käytä julkista liikennettä</p> <p>1 Liikkuu julkisilla liikennevälineillä, kun toinen henkilö avustaa tai on seurana</p> <p>0 Matkustaminen rajoittuu taksin tai auton käyttöön toisen henkilön avustamana</p> <p>0 Ei matkusta lainkaan</p> |
| 7. Vastuu omasta
lääkityksestä | <p>1 Vastaa omien lääkkeiden ottamisesta oikein annoksin oikeaan aikaan</p> <p>0 Vastaa lääkityksestään, jos lääkkeet on jaettu etukäteen valmiiksi annoksiksi</p> <p>0 Ei pysty itse hoitamaan lääkitystään</p> |
| 8. Kyky huolehtia raha-
asioista | <p>1 Hoitaa raha-asiat itsenäisesti (budjetti, vuokran ja laskujen maksu, pankissa käyminen)</p> <p>1 Hoitaa päivittäiset raha-asiat, mutta tarvitsee apua pankkiasioissa ja isojen menojen hoitamisessa jne.</p> <p>0 Kykenemätön käsittelemään rahaa</p> |

Lähde: Lawton MP, & Brody EM. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. The Gerontologist. 1969;9:179–186.

Tekijänoikeudet (copyright): The Gerontological Society of America. Käyttöä ei ole rajoitettu.

Suomennoksen vastaavuus alkuperäiseen IADL-asteikkoon on tarkastettu TOIMIAssa (työryhmä Tiina Autio, Päivi Sainio ja kielenkääntäjä Jaakko Mäntyjärvi).



1 (7)

**LYHYT FYYSISEN SUORITUSKYVYN TESTISTÖ***Short Physical Performance Battery (SPPB)***TESTIKAAVIO JA SUORITUSTEN PISTEYTYS**

Testattavan nimi _____

Päivämäärä _____ 20 _____ klo _____

Testaajan nimi _____

*Suoritusajat kirjataan kahden desimaalin tarkkuudella (0.00 sekuntia).***1. TASAPAINO**

a. Jalat rinnakkain	sekuntia
b. Puolitandem	sekuntia
c. Tandem	sekuntia

Pisteet:

2. KÄVELYNOPEUS (4 metriä) omalla kävelyvauhdilla

a. Suoritus ilman apuvälinettä	
b. Suoritus tehtiin apuvälineen kanssa, mikä apuväline?	
1. suoritus	sekuntia
2. suoritus	sekuntia

Pisteet:

3. TUOLILTA YLÖSNOUSU (viisi kertaa)

aika _____ sekuntia

Jos testattava ei pysty tekemään testiä kädet ristissä rinnalla (tulos= 0 p.),
tehdään testi niin, että tutkittava pitää

a. Kädet vartalon vierellä	toistojen lkm	aika	sekuntia
b. Ottaa kevyesti tukea reisistä	toistojen lkm	aika	sekuntia
c. Ottaa voimakkaasti tukea reisistä	toistojen lkm	aika	sekuntia

Pisteet:

Laske yhteen pisteet testeistä 1, 2 ja 3 =

/12

Huomioita: _____



Timed up and go -testi

IKINÄ



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

TIMED UP AND GO (TUG) TESTI

Testattavan nimi:				
Mittaustulos:		Testaaja	Pvm:	Apuväline
	sekuntia			
	sekuntia			
	sekuntia			
	sekuntia			

Välineistö:

- Käsinojallinen tukeva tuoli, normaalimitoitus (istuinkorkeus 42–44 cm, istuinsyvyys 42–45 cm).
- Teippiä, jolla merkataan lattiaa kääntöpaikka.
- Mittanauha.
- Sekuntikello.

Valmistelut:

- Sijoitetaan tuoli siten, että se ei pääse kaatumaan taaksepäin tuoliin istuuduttaessa, eikä tuolin jalat luista lattialla (tarvittaessa tuolin jalkojen alle voidaan laittaa liukuestematto)
- Tarkistetaan, että testipaikan lattia ei ole liukas
- Merkataan teipillä näkyvästi lattiaan viiva 3 metrin päähän tuolin etureunasta

Suoritusohje testattavalle:

"Istuutukaa tuolille siten, että selkä on kiinni selkänojassa."

- Tarkistetaan, että testattavalla on testaukseen sopivat, tukevat ja luistamattomat kengät jalassa.
- Jos testattavan jalat eivät ylety lattiaan hänen istuessaan selkä kiinni selkänojassa, voidaan selän taakse laittaa ohut tyyny tai vaahtomuovi, ettei henkilön tarvitse pudottautua tuolilta alas lähtiessään testisuoritukseen.

"Kun sanon 'NYT' nousee tuolista ylös ja kävelkää tuon edessä näkyvän viivan yli, kääntykää ja kävelkää takaisin tuolille istumaan siten, että lopuksi selkä on taas kiinni tuolin selkänojassa. Tehkää suoritus omaan tahtiin."

"Voitte nyt ensin rauhassa kokeilla suoritusta."

Kun testattava on tehnyt koesuorituksen, tehdään varsinainen testi.

"Aloitetaan nyt varsinainen testi. Valmiina-NYT."

Ajanotto aloitetaan, kun testattavan selkä irtaantuu selkänojasta ja päättyy, kun hänen istuuduttuaan takaisin tuolille selkä on jälleen selkänojassa kiinni.

Mittaustulos kirjataan 0.1 sekunnin tarkkuudella.

FES-I-FIN-kysely

Huolestuttaako kaatuminen?

Seuraavassa kysytään, minkä verran Teitä huolestuttaa se, että saatatte kaatua. Ajatelkaa joka kysymyksessä ensin, millä tavalla yleensä teette kysyttyä asiaa. Jos ette nykyisin tee kysyttyä asiaa, vastatkaa, miten paljon kaatuminen huolestuttaisi, jos tekisitte. Jos esimerkiksi joku toinen käy kaupassa puolestanne, ajatelkaa vastatessanne, että kävisitte kaupassa itse.

Ympyröikää riviltä se numero, joka parhaiten osoittaa, minkä verran kaatuminen huolestuttaa Teitä. Jokaiselta riviltä ympyröidään vain yksi numero.

		Ei huolestuta lainkaan	Huolestuttaa vähän	Huolestuttaa melko paljon	Huolestuttaa hyvin paljon
1	Siivoatte kotia (esim. lakaisette tai imuroitte lattiaa tai pyyhitte pölyjä)	1	2	3	4
2	Pukeudutte tai riisuudutte	1	2	3	4
3	Laitatte tai lämmitätte ruokaa	1	2	3	4
4	Käytte kylvyssä tai suihkussa	1	2	3	4
5	Käytte lähikaupassa	1	2	3	4
6	Istuudutte tai nousette ylös tuolista	1	2	3	4
7	Nousette tai laskeudutte portaita	1	2	3	4
8	Kävelette ulkona	1	2	3	4
9	Kurotatte jotakin päänne yläpuolelta tai poimitte jotakin maasta	1	2	3	4
10	Kiirehditte vastaamaan puhelimeen	1	2	3	4
11	Kävelette liukkaalla pinnalla, esim. märällä lattialla tai jäisellä kadulla	1	2	3	4
12	Käytte tuttujen tai sukulaisten luona	1	2	3	4
13	Kävelette tungoksessa	1	2	3	4
14	Kävelette epätasaisella pinnalla kuten kivetyllä kadulla tai kuoppaisella tiellä	1	2	3	4
15	Kävelette rinnettä alas tai ylös	1	2	3	4
16	Käytte harrastuksissa tai jossakin tilaisuudessa (perhetapahtumassa, jumalanpalveluksessa tms.)	1	2	3	4

Haastattelulomake

Tutkittava:
Haastattelija:
Pvm:

1. Oletko tietoinen mitä palveluja Hulvelan Helmi tarjoaa?
 - a. En
 - b. Kyllä, mitä palveluja?
2. Oletko tietoinen veteraaniasioiden palveluajasta (3h / viikko)?
 - a. En
 - b. Kyllä

Oletko käyttänyt?

- c. En. Miksi et, osaatko kertoa erityistä syytä?
 - d. Kyllä, mistä sait tiedon?
3. Kerro mielipiteesi Hulvelan Helmen veteraanipalveluista.
4. Oletteko saaneet Hulvelan Helmen kautta Valtiokonttorin avusteisia kuntoutuksia eli laituskuntoutusjaksoa (= ns. kylpyläloma), fysioterapiaa tai jalkahoitoa?

Jos vastaus ”kyllä”, mitä kuntoutusmuotoja?

5. Käyttitkö viime vuonna teille myönnettyjä 60 euron palveluseteleitä?
 - a. En
 - b. Kyllä
6. Mitä mieltä olitte setelistä?
7. Mitä palveluja tai toimintaa kaipaisit lisää? Voisiko Helmen palvelua kehittää jotenkin?
8. Millaiseksi koet oman toimintakykysi nyt?
9. Millaisena näet oman toimintakykysi vuoden päästä?

3.2.2014

TIETOINEN SUOSTUMUS HAASTATTELUUN

Arvoisa sotaveteraani,

pyydämme ystävällisesti Teidän suostumustanne osallistua tutkimuksemme haastatteluosioon.

Haastattelun toteuttaa fysioterapiaopiskelija. Tutkimuksemme sujuvuuden ja oikeellisuuden vuoksi kaikki haastattelut nauhoitetaan. Haastatteluiden jälkeen nauhat puretaan sanasta sanaan kirjalliseen muotoon. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen nauhat ja niihin liittyvät kirjalliset osiot tuhotaan. Opinnäytetyö toteutetaan anonyymisti eli Teidän nimitietoja ei julkaista missään vaiheessa. Valmiista työstä ei ole mahdollista tunnistaa yksittäisiä henkilöitä.

Ymmärrän, että osallistun tähän tutkimukseen ja testaukseen täysin vapaaehtoisesti. Vastauksiani saa käyttää tämän opinnäytetyön materiaalina.

Paikka _____

Pvm ____ / ____ 2014

Allekirjoitus ja nimenselvennys

KUTSU

Arvoisa sotaveteraani,

Teemme fysioterapiaopintoihimme liittyen opinnäytetyötä, jonka aiheena on raisiolaisten sotaveteraanien fyysinen toimintakyky. Tämän työn tarkoituksena on kartoittaa kotona asuvien sotaveteraanien toimintakykyä ja arjessa pärjäämistä. Haluamme auttaa palvelukeskus Hulvelaa kehittämään veteraanipalveluitaan jatkossa vielä paremmiksi. Tällä työllä haluamme kunnioittaa suomalaisia sotaveteraaneja ja heidän tekemäänsä työtä. Työmme yhteistyökumppaneita ovat Raision kaupunki, palvelukeskus Hulvela sekä Raision sotaveteraanit ry.

Tutkimus sisältää kaksi osiota: käytännön testausosuuden sekä suullisesti toteutettavan haastatteluosuuden. Testausosuus toteutetaan jokaiselle osallistujalle ja haastatteluosuus kuudelle satunnaisesti valitulle henkilölle. Testaajana toimii fysioterapiaopiskelija. Tutkimus toteutetaan anonyymisti eikä tuloksia voida jäljittää yksittäiseen henkilöön. Kaikki Teitä koskeva aineisto hävitetään tutkimuksen päätyttyä. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Tilaisuuden jälkeen on kahvitarjoilu.

Tutkimus toteutetaan Palvelukeskus Hulvelan tiloissa (Hulvelankatu 20, 21200 Raisio).

Teille on varattu aika testaustilaisuuteen _____._____ klo _____.

Tilaisuuteen on hyvä varata aikaa n. 1-1,5 tuntia. Testaukseen ei tarvitse etukäteen valmistautua, tarvitsette vain mukavat vaatteet ja tukevut kengät.

Mikäli ette pääse paikalle Teille varattuna ajankohtana, mutta haluatte silti osallistua tutkimukseen tai teillä on jotakin kysyttävää, ottakaa yhteyttä:

puh. xxxx xxx xxx Riikka Heinonen tai puh. xxx xxx xxxx Anna Mäkinen

Valmis opinnäytetyö esitetään syksyllä 2014. Olette halutessanne sydämellisesti tervetullut tilaisuuteen.

Lämpimästi tervetuloa! Ystävällisin terveisin,

Fysioterapiaopiskelijat Turun ammattikorkeakoulusta
Riikka Heinonen, Anna Mäkinen ja Elina Mäki-Tulokas

ESITIEDOT

Testaaja ja pvm: _____

___ / ___ / 2014

Sukupuoli: mies / nainen

Ikä:

Onko teillä käytössänne jokin seuraavista palveluista?

- Kotihoito: kyllä / ei
- Lääkkeiden jako: kyllä / ei
- Suihkupalvelu: kyllä / ei
- Ateriapalvelu: kyllä / ei
- Kauppapalvelu: kyllä / ei
- Turvapuhelin: kyllä / ei
- Siivouspalvelu: kyllä / ei
- Muita palveluita:

Oletteko te omaishoitaja? kyllä / ei

Onko teillä omaishoitaja? kyllä / ei

Apuvälineet?

Oletko kaatunut viimeisen vuoden aikana) Jos olet, miten kaatuminen tapahtui (esim. liukastuminen ulkona, kodin sisällä kompastuminen, sairaskohtaus)?

Huolestuttaako kaatuminen? kyllä / ei

(Jos vastaus kyllä, tehdään FES-I-FIN)

Onko teillä vielä jotakin mitä meidän tulisi tietää teidän terveydentilastanne?
